

# VIH/sida, Sécurité et Conflits : Nouvelles Réalités, Nouvelles Réponses

Initiative sur le sida, la sécurité et les conflits (ASCI)



Ecrit par :

Alex de Waal, Jennifer F. Klot, Manjari Mahajan, avec Dana Huber et  
les coprésidents de l'ASCI, Georg Frerks et Souleymane M'Boup



**VIH/sida, Sécurité et Conflits :**  
**Nouvelles Réalités, Nouvelles Réponses**  
**Initiative sur le sida, la sécurité et les conflits (ASCI)**

Ecrit par :  
Alex de Waal, Jennifer F. Klot, Manjari Mahajan, avec Dana Huber et  
les coprésidents de l'ASCI, Georg Frerks et Souleymane M'Boup

ISBN 978-0-9841257-7-9

---

Traduit de l'anglais par Françoise Bouffault

Index: Diana Witt

Photos de couverture

De gauche à droite: Jayanta Shaw/REUTERS, photo ONU/Eric Kanalstein,  
Per-Anders Pettersson.

Couverture arrière: Siège des Nations Unies à New York illuminé lors du débat de  
l'Assemblée générale sur le sida du 25 au 27 juin 2001. Photo ONU /Eskinder Debebe.

---

Conception graphique :

Møller Nicolaisen design /MNd,  
Copenhague, Danemark.

[www.mn-design.dk](http://www.mn-design.dk)



# Table des matières

■	<b>Remerciements</b>	7
■	<b>Abréviations</b>	10
■	<b>Préface</b>	13
■	<b>Résumé analytique</b>	15
■	<b>Contexte</b>	23
■	<b>1. Introduction</b>	27
	<b>1.1 Sécurisation du VIH/sida</b>	28
	1.1.1 Menaces à la sécurité internationale	29
	1.1.2 Opérations internationales de soutien à la paix	31
	1.1.3 Sécurité humaine	31
	<b>1.2 Dimension sexospécifique du VIH/sida, de la sécurité et des conflits</b>	33
	<b>1.3 Nouvelles réalités, nouvelles réponses</b>	35
■	<b>2. États fragiles et VIH/sida</b>	37
	<b>2.1 Qu'est-ce que la fragilité ?</b>	38
	<b>2.2 Impacts réciproques entre VIH et gouvernance</b>	42
	2.2.1 Gouvernance locale et VIH/sida	45
	2.2.2 Repenser le lien entre démocratie et VIH/sida	46
	<b>2.3 Communautés fragiles et VIH/sida</b>	50
	<b>2.4 Dimension sexospécifique et risque du VIH</b>	51
	<b>2.5 États fragiles: conclusions</b>	53

<b>3. Secteur sécuritaire et VIH/sida</b>	55
<b>3.1 Le VIH/sida et l'armée</b>	56
3.1.1 Le taux du VIH chez les soldats	56
3.1.2 L'impact opérationnel du VIH/sida	60
3.1.3 Traumatismes sexuels militaires	62
3.1.4 Appui aux familles de militaires	63
<b>3.2 Politiques et planification en matière de VIH/sida dans les services en uniforme</b>	64
3.2.1 L'approche centralisée du commandement dans la prévention du VIH et dans le traitement et les soins du sida	65
3.2.2 La controverse sur le dépistage obligatoire	69
3.2.3 Harmonisation des politiques civiles et militaires	71
3.2.4 Le VIH/sida et les autres services en uniforme	72
<b>3.3 Le VIH/sida et les opérations de maintien de la paix</b>	74
3.3.1 L'approche centralisée du commandement et le VIH/sida dans les opérations de soutien à la paix	75
3.3.2 Politiques concernant le traitement du sida parmi les soldats de la paix	78
3.3.3 Coopération régionale pour la riposte au VIH/sida dans le contexte des opérations de maintien de la paix	79
3.3.4 Prévenir la violence sexuelle et le risque du VIH dans les opérations de maintien et consolidation de la paix	80
<b>3.4 VIH et maintien de l'ordre</b>	82
3.4.1 Le VIH dans les forces de police	82
3.4.2 « Policing the epidemics »	83
<b>3.5 Secteur sécuritaire : conclusions</b>	89
<b>4. Le VIH/sida dans les conflits, les crises et les transitions post-conflits</b>	91
<b>4.1 Remise en contexte du risque du VIH</b>	92
4.1.1 Le VIH dans les situations d'urgence : macro et microenvironnement	93

4.1.2 Liens multiples et réciproques entre VIH et conflits	95
4.1.3 Le VIH et les urgences alimentaires	99
<b>4.2 Violence sexuelle et risque de transmission du VIH</b>	<b>99</b>
4.2.1 Physiologie de la violence sexuelle	102
4.2.2 Science sociale et violence sexuelle	104
4.2.3 Violence sexuelle et risque du VIH suivant un conflit	107
4.2.4 Modélisation de la violence sexuelle comme facteur de risque du VIH	108
4.2.5 Implications pour les politiques et programmes	111
<b>4.3 Risque du VIH dans les transitions post-conflits</b>	<b>112</b>
4.3.1 Comblar les lacunes des services de santé	112
4.3.2 Conséquences psychosociales : schemas distinctifs selon les sexes	115
4.3.3 VIH et désarmement, démobilisation et réintégration	118
<b>4.4 Conflits, crises et transitions post-conflits: conclusions</b>	<b>120</b>
<b>5. Conclusion</b>	<b>123</b>
5.1 Aperçu général	124
5.2 Recommandations en matière de politiques	126
5.3 Un nouveau calendrier d'action	133
<b>Annexe</b>	<b>135</b>
<b>Références</b>	<b>139</b>
<b>Index</b>	<b>151</b>

## Tableaux et Figures

### Tableaux

1.1	Données par sexe sur la prévalence du VIH/sida dans une sélection de pays touchés par les conflits, 2007	35
2.1	Classement des pays selon la fragilité d'État et la prévalence du VIH	43
4.1	Modèles de scénarios : violence et coercition à l'égard des femmes adultes	110

### Figures

1.1	Représentation du VIH/sida dans la couverture photographique du New York Times, par sexe et par contenu, 2000-2007	33
2.1	Rapport entre prévalence du VIH et libertés individuelles, corruption et droits politiques	39
2.2	Outil d'évaluation politique et institutionnelle d'un pays (CPIA), Banque mondiale	41
2.3	Justification d'élections partielles en Afrique du Sud, 2001-2007	47
2.4	Petite ville sud africaine subissant les conséquences du sida	52
2.5	Sida et tradition laissent les familles africaines démunies	54
3.1	La riposte au sida dans les armées : clé de la stabilité dans de nombreux pays	58
3.2	Un audit institutionnel militaire en six phases	66
3.3	Distribution de préservatifs dans l'armée éthiopienne	68
3.4	Lancement du processus de DDR à Ed Damazin	73
3.5	Matériel d'information sur la prévention du sida au Sénégal	77
3.6	Vulnérabilité accrue des femmes objets de trafic par rapport aux autres travailleuses du sexe	86
3.7	Commerce du sexe vu dans la modélisation du groupe noyau de la transmission du VIH	87
3.8	Concepts classiques du taux de fécondation de base et le « groupe noyau »	87
3.9	Les hommes sur les sites d'activités liées au sexe sont-ils un vecteur ignoré de l'infection ?	88
4.1	Modèle de Davenport & Loyle sur le sida et les conflits	96
4.2	VIH et ampleur des conflits: test de l'hypothèse du conflit au Rwanda	98
4.3	Violence sexuelle et risque de transmission du sida dans les zones affectées par des conflits	102
4.4	Femmes attendant devant un établissement de soins au Sud-Soudan	113
4.5	Sorties du système de santé national du Mozambique 1994-2002	115
4.6	Processus de démobilisation à Ed Damazin	119



## Remerciements

Témoign des liens multiples et ravageurs qui unissent le VIH et les conflits - et convaincu de la possibilité jusque là négligée d'une réplique possible, Alex de Waal a compris la nécessité de l'Initiative sur le sida, la sécurité et les conflits (ASCI) alors qu'il dirigeait la Commission sur le VIH/sida et la gouvernance en Afrique. Le Conseil de recherche en sciences sociale (SSRC) dont il est devenu membre, lui a semblé être le terrain idéal où pouvaient se confronter les perspectives des intellectuels, des politiques et des praticiens visant à répondre aux défis posés par le sida, la sécurité et les conflits.

L'ASCI n'aurait pu voir le jour sans un effort collectif visionnaire très engagé à travers les continents, les communautés de pratique et les disciplines universitaires. Trois ambassadeurs successifs du Ministère des affaires étrangères des Pays Bas ont offert leur leadership au travail de l'ASCI et lui ont fourni une assistance financière. Entre 2004 et 2005 Laetitia van den Assum et Gerda Dommerholt, expert en coopération pour le développement, ont provoqué l'intérêt et rallié le soutien du Ministère hollandais et d'autres ambassadeurs pour le Sida, y compris l'Ambassadeur pour le Sida suédois Lennarth Hjelmåker et l'Ambassadeur pour le Sida australien Annmaree O'Keefe, qui a été par la suite remplacée par l'Ambassadeur Murray Proctor. De 2005 à 2009, l'Ambassadeur pour le Sida des Pays Bas, Paul Bekkers, a fourni un leadership politique continu et la principale contribution financière destinée aux recherches et au processus de mobilisation de l'ASCI. Nommée en 2009, Marijke Wijnroks, l'actuel Ambassadeur pour le sida des Pays Bas, s'est engagée à mener à bien le projet de l'ASCI.

L'Institut néerlandais de relations internationales Clingendael, a été le coordinateur de la première phase de l'Initiative. Suzanne Verstegen et Steven Schoofs ont été de précieux partenaires qui ont géré tous les aspects de la mise en place du projet de l'ASCI. Fadime Koç, Linda Timmer et Marco Blankestijn les ont assistés avec beaucoup de talent.

L'ASCI a bénéficié d'appuis de différente nature. Les Nations Unies ont soutenu la recherche et permis à l'Equipe spéciale des personnels en uniforme de servir de forum pour examiner les résultats de ses recherches. L'ASCI est profondément reconnaissante à Peter Piot, Karl Dehne, Leo Kenny et Nertila Tavanxhi de leur appui et de leur engagement intellectuel. Pamela Delargy a rallié l'appui du Fonds de population des Nations Unies pour la recherche de terrain et sa mise en place stratégique à l'échelle mondiale. Françoise Girard, du Bureau de Coordination des Affaires humanitaires des Nations Unies s'est

chargée d'organiser les premières consultations au sein de la communauté en charge des questions humanitaires.

Au sein de la recherche et des organisations non gouvernementales, de nombreux partenaires ont mis à la disposition des parties prenantes les lieux indispensables à la confrontation de leurs résultats. Dennis Altman et Michael O'Keefe ont organisé un séminaire à l'Université LaTrobe à Melbourne en Australie sur le sida et les États fragiles, qui réunissait des intellectuels et des décideurs politiques de toute la région Asie Pacifique. Alastair Roderick, de Justice Africa, a pris la responsabilité d'organiser la consultation internationale de l'ASCI sur le VIH/sida et la police et de coordonner la recherche pertinente. L'ASCI remercie pour leur participation Stephen Morrison, Gene Bonaventure et Elizabeth Morehouse du Center for Strategic and International Studies. L'ASCI tient aussi à remercier Judy Auerbach, de la San Francisco AIDS Foundation, et Margaret Greene, du Centre international de recherche sur les femmes (CIRF) pour leur collaboration à l'organisation d'une réunion satellite sur les problèmes liés à la sexospécificité, durant la Conférence internationale de la Société Sida à Capetown en 2009. Nous sommes reconnaissants à Monica Juma, de l'Africa Institute of South Africa et son équipe qui ont convoqué des décideurs de haut niveau et des spécialistes de l'Afrique du Sud et la région environnante pour discuter les conclusions de l'ASCI concernant les questions sexospécifiques.

Heather Lord de la Fondation Greentree a mis à notre disposition des lieux extrêmement favorables au débat intellectuel et à l'élaboration des politiques concernant les conclusions et les recommandations de l'ASCI. L'ASCI tient aussi à remercier tous les chercheurs attachés au projet, conseillers et experts qui ont participé à cette réunion, y compris J. Peter Burgess, Katya Burns, Stefan Elbe, Keith Hansen, Megh Gurung, Colin McInnes et Robert Muggah.

L'ASCI tient aussi à exprimer sa gratitude à Bill O'Neil, Tatiana Carayannis et Brittany Gleixner-Hayat, du forum SSRC sur la paix et la prévention des conflits qui ont organisé des consultations à New York et à Genève avec des organismes clés des Nations Unies dans le but d'examiner les conclusions de l'ASCI concernant les questions sexospécifiques, les crises humanitaires et les transitions post-conflits.

L'ASCI remercie pour leurs remarques pénétrantes et leurs suggestions (sans aucun engagement) : Tony Barnett, Gebretsadkan Gebretensae Bayru, Roxanne Bazergan, Gene Bonaventure, J. Peter Burgess, Pamela Delargy, Stefan Elbe, Paul Harvey, Leo Kenny, Priyah Marwah, Pia Peeters, Musumali Shindano, Steven Schoofs, J. W. M. Spreeuwenberg, Nertila Tavanxhi, Joseph Tumushabe, Hugo de Vries, Alan Whiteside et Marijke Wijnroks.

L'ASCI n'aurait pu fonctionner sans le leadership institutionnel et l'appui administratif du Social Science Research Council sous la direction de son président Craig Calhoun. Alex de Waal, directeur de programmes du SSRC sur le

Sida et les transformations sociales, a assumé les fonctions de directeur de recherche de l'ASCI. Jennifer Klot, conseillère principale du SSRC sur le VIH/sida, les sexospécificités et la sécurité, a été le principal chercheur sur les questions liées aux dimensions sexospécifiques et les thèmes transversaux et a assuré la direction générale des programmes. Manjari Mahajan, research fellow du SSRC, a été conseillère d'édition. Paul Price, directeur de publication du SSRC, et Debra Yoo administrateur de production, ont géré le processus de la publication. Joe Karaganis et Alton Phillips ont créé et géré le Centre de documentation en ligne et le portail de recherche de l'ASCI. Tanja Mrdja a fourni un appui précieux au programme et Dana Huber, assistante de recherche constamment sollicitée, a fourni un appui assidu au programme dans sa phase de mobilisation. Selma Scheewe, coordonnateur du programme du SSRC a pu résoudre à mesure qu'ils se présentaient les problèmes substantifs, administratifs, financiers et les failles du programme de la gestion. L'ASCI est reconnaissante à Siovahn Walker d'avoir géré le lancement de la publication et à Lisa Yanoti et John Koprowski pour leur extraordinaire soutien dans la gestion financière et administrative de l'ASCI. L'ASCI remercie Françoise Bouffault pour sa traduction précise et de qualité, son efficacité et son implication personnelle dans le projet.



## Abréviations

ACC	approche centralisée du commandement
ARV	antirétroviral
ASCI	AIDS, Security and Conflict Initiative / Initiative sur le sida, la sécurité et les conflits
CCC	communication pour le changement de comportement
CDV	conseil et dépistage volontaires
CDV/ ST-PLUS	conseil et dépistage volontaires/soins et traitement- plus
CIMSD	Centre international sur la migration, la santé et le développement
COPRECOS-LAC	Comité des forces armées et de police d'Amérique Latine et des Caraïbes pour la lutte contre le SIDA
CPIA	Country Policy and Institutional Assessment / Évaluation politique et institutionnelle d'un pays
CPRD	Center for Policy Research and Dialogue / Centre pour la recherche de politique et le dialogue
CS	Conseil de sécurité des Nations Unies
CVGA	Commission du VIH et de la gouvernance en Afrique
DDR	désarmement, démobilisation et réintégration
DFID	United Kingdom Department for International Development / Département du développement international du Royaume Uni
DOMP	Département des Nations Unies pour les opérations de maintien de la paix
EAS	exploitation et abus sexuels
ECOMOG	Groupe de contrôle de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
ECOWAS	Economic Community of West African States / Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest

ESPT	état de stress post-traumatique
FNUAP	Fonds des Nations Unies en sur la population
HCR	Haut commissariat aux réfugiés
HSH	hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes
ICES	International Centre for Ethnic Studies / Centre international des études ethniques
IDU	injecting drug user / utilisateur de drogue injectable
IGAD	Intergovernmental Authority on Development / autorité intergouvernementale sur le développement
IST	infection sexuellement transmise MST maladie sexuellement transmise
JLICA	Joint Learning Initiative on Children and HIV/AIDS / Initiative conjointe de recherche sur les enfants et le VIH/sida
KAP	knowledge, attitude, and practice / connaissance, attitude, pratique
MDRP	Programme multi-pays de démobilisation et de réintégration
MPS	Malawi Police Service / les forces de police du Malawi
MST	military sexual trauma / traumatisme sexuel militaire
NCO	non-commissioned officer / sous-officier
NDF	Namibian Defence Force / la force de défense de la Namibie
NVF	nouvelle variante de la famine
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSCE	Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe
PDI	personnes déplacées à l'intérieur de leur pays
PEPFAR	US President's Emergency Plan for AIDS Relief / plan d'urgence du Président des États-Unis
PFC	pays fournisseur de contingents
PIB	produit intérieur brut
PIH	Partners In Health / partenaires de santé

PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPE	prophylaxie post-exposition
R&R	rest and recreation /repos et récréation
RSS	réforme du secteur de sécurité
SADC	Communauté de développement de l'Afrique Australe
SANDF	South African National Defence Force / la force de défense nationale d'Afrique du Sud
SAPS	South African Police Service / la force de police sud-africaine
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SSRC	Social Science Research Council / Conseil de recherche en sciences sociales
ST	soins et traitement
SW	sex worker / professionnels (les) du sexe
TARV	traitement antirétroviral
TB	tuberculosis / tuberculose
UN Action	-initiative des Nations Unies contre la violence sexuelle dans les pays en conflit
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNIFEM	Fonds des Nations Unies pour la femme
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VSE	violence et exploitation sexuelles
VSS	violence sexuelle et sexospécifique



## Préface

Il y a dix ans, la notion qu'une maladie épidémique pourrait être une menace pour la sécurité et susciter l'inquiétude des grandes puissances et du Conseil de Sécurité des Nations Unies, était une innovation remarquable. Aujourd'hui l'intégration à l'ordre du jour de la sécurité internationale des questions de sécurité humaine telles que la faim, la maladie et l'environnement est devenue un lieu commun et une question courante débattue au sein des ministères des affaires étrangères et des agences internationales.

L'Initiative sur le sida, la sécurité et les conflits (ASCI) est une entreprise pionnière destinée à fournir des preuves sur les liens multiples et variés qui existent entre une maladie particulière et les inquiétudes sécuritaires qu'elle suscite. Cette initiative apporte des preuves nouvelles des liens de réciprocité qui existent entre le VIH et la sécurité et a permis d'identifier de nouvelles possibilités et stratégies pour la prévention du VIH et la riposte à apporter. Même si l'ASCI a pu de manière définitive dissiper quelques-unes des anciennes craintes liées au taux d'infection en forte hausse chez les soldats et au risque de marasme que le VIH pouvait faire courir aux États, elle a pu aussi identifier certaines conséquences spécifiques et alarmantes sur les capacités opérationnelles des armées et de la police. Par exemple : le rôle des violences sexuelles dans l'augmentation du risque de transmission du virus, l'impact du VIH/sida sur la gouvernance locale et la survie des communautés et le risque particulier du VIH/sida associé à la transition post-conflit. Les mesures épidémiologiques en terme d'impact - incidence et prévalence, ont échoué à saisir ce type de conséquences sociales et politiques. L'ASCI offre un nouveau cadre analytique pour comprendre ces dimensions, et propose un nouveau calendrier d'action qui recouvre les domaines de la sécurité, de l'humanitaire, des droits humains, du développement et de la santé.

L'ASCI a réuni sur une période de trois ans diverses communautés de pratique et appuyé 27 études innovantes et actuelles traitant des liens entre le VIH/sida et les États fragiles, les personnels en uniforme, les crises humanitaires et les transitions post-conflits. La sexospécificité a été un thème transversal et constant qui a guidé les analyses et les recommandations de l'ASCI. Cette démarche a permis d'aboutir à des conclusions et des recommandations qui sont résumées et synthétisées dans le présent rapport. Les études mandatées par l'ASCI sont diverses, créatives et rigoureuses. Elles ont permis de mieux comprendre, dans un contexte donné, les dynamiques en jeu et les mesures qui ont produit ou non des résultats. Elles posent également des questions nou-

velles et mieux formulées pour l'élaboration future des orientations politiques et de l'action à engager.

Une initiative mondiale et pluridisciplinaire de l'ampleur de l'ASCI a été rendu possible grâce aux efforts de nombreuses personnes et organisations. Nous souhaitons remercier tous les chercheurs qui ont participé à cette initiative, le directeur de recherche, les enquêteurs principaux, les membres du Comité consultatif de l'ASCI, le personnel de l'Institut Clingendael et du Conseil de recherche en sciences sociales, ceux qui ont revu le rapport et tous nos généreux donateurs sans le soutien desquels l'ASCI n'aurait pas vu le jour.

Nous espérons sincèrement que les travaux de l'ASCI seront une modeste contribution aux efforts soutenus qui visent à la prévention du VIH, et qu'ils influenceront la mise en œuvre de programmes plus efficaces pour en réduire l'impact et faire face aux défis qui s'annoncent.



Georg Frerks

Coprésident de l'ASCI



Souleymane M'Boup

Coprésident de l'ASCI



## Résumé analytique

Dix ans après que l'épidémie du VIH/sida a été reconnue comme une menace contre la paix et la sécurité internationale, l'Initiative sur le sida, la sécurité et les conflits (ASCI) fournit des preuves et des analyses qui montrent comment la question a évolué et est passée à un ordre du jour plus spécifique. L'ASCI apporte la preuve qu'avec de meilleures données et une analyse de plus en plus précise, le débat sur la santé et la sécurité a atteint sa maturité.

Les recherches de l'ASCI montrent que la dynamique des liens qui interagissent et se renforcent entre le VIH/sida, les conflits et la sécurité ne peut être analysée comme une menace unique et écrasante. Elle présente plutôt un assortiment de défis stratégiques spécifiques pour lesquels l'ASCI propose un éventail de ripostes efficaces et applicables. Dans ses conclusions, l'ASCI révèle qu'un nombre de liens plus alarmistes établis auparavant entre la sécurité de l'État à niveau national et l'épidémie de VIH/sida, n'ont pas été confirmés par les données. Mais les recherches réalisées par l'ASCI font aussi état des menaces très spécifiques que pose le VIH/sida au regard des capacités opérationnelles des armées et parmi les professionnels en uniforme. Le rapport met en avant les risques peu étudiés liés aux situations d'urgence humanitaire, aux transitions post-conflits, et aux situations de fragilité. L'analyse menée par l'ASCI tient compte des sexospécificités et révèle qu'un certain nombre de suppositions erronées ont guidé les approches épidémiologiques et comportementales dans la prévention et la réponse au VIH/sida à la fois dans les situations de conflit et non-conflit.

L'ASCI met l'accent sur un niveau d'interaction intermédiaire — entre les hypothèses d'ordre macroéconomique et les approches comportementales et biomédicales micro-analytiques. A ce niveau d'analyse, l'ASCI inclut des thèmes et domaines négligés, de nouvelles réponses possibles, et certains domaines où des réponses efficaces doivent être reconnues et soutenues. Elle relève qu'un nombre de mesures stratégiques et programmatiques ont été couronnées de succès souvent sans grande publicité.

### Résumé des Conclusions

Les conclusions de l'ASCI fondées sur des données probantes, ont certaines implications pour les recherches sur le sida et la formulation des politiques. Un nouveau calendrier d'action est donc nécessaire qui couvre les domaines de la sécurité, de l'humanitaire, des droits humains, de la santé et du développement.

- En tant que phénomène aux répercussions multiples, les conséquences non linéaires et réciproques du VIH/sida sur les États fragiles rendent difficiles l'identification des liens de cause à effet entre l'épidémie et la fragilité à niveau national. Les indicateurs existants concernant les États fragiles échouent à saisir l'impact du VIH sur la gouvernance à niveau local, sur les ressources humaines, la prestation des services et la survie des communautés.
- La prévalence du VIH parmi les personnels en uniforme dépend de l'âge, du rang, du nombre d'années de service, de l'étendue de l'épidémie, du répertoire des violences, des traumatismes sexuels militaires et des politiques et activités du commandement.
- Le VIH/sida peut être une menace pour les capacités opérationnelles d'une armée essentiellement au niveau tactique des opérations, et affecter l'efficacité au combat, la cohésion des unités, le moral et la discipline et la qualité du capital humain.
- Une approche centralisée du commandement dans la prévention contre le VIH est plus susceptible de conduire à une diminution du risque d'infection à VIH parmi les militaires du rang, qu'une approche qui repose uniquement sur l'éducation et la formation, et est fondée sur une approche individuelle du comportement, des soins et des droits humains.
- Les efforts de prévention du VIH ont négligé les forces de l'ordre et autres formations chargées du respect des lois et tous les personnels en uniforme, tels que les fonctionnaires des douanes et de l'immigration, les marins et le personnel de l'administration pénitentiaire.
- Les risques de transmission du VIH surtout là où l'épidémie est limitée aux consommateurs de drogue injectables et aux professionnels du sexe, sont influencés par les pratiques au sein des forces de l'ordre concernant l'application des lois, et par le commerce des stupéfiants, les trafics humains, et par ceux qui contrôlent le travail sexuel rémunéré, y compris les proxénètes, « protecteurs », trafiquants et clients réguliers.
- Les transitions post-conflits sont à la fois une période de vulnérabilité accrue à la transmission du VIH et un élément négligé dans les politiques et les ripostes au VIH/Sida.
- Il faut prêter une plus grande attention à l'élaboration des politiques et à la continuité des services dans les situations post-conflits pour répondre à la complexité du contexte, à une mobilité accrue des populations, à la démobilisation des combattants, aux perturbations dans l'acheminement des secours humanitaires aux personnes déplacées et réfugiées dans les camps, et à la surcharge des services socio-médicaux dans les régions de retour.

- Les programmes de désarmement, de démobilisation et de réintégration, sont un élément central et régulièrement négligé dans la prévention et la riposte au VIH/Sida, surtout dans les armées, dans les familles élargies et chez les femmes et enfants associés aux forces armées.
- Les rapports sexuels forcés peuvent augmenter le risque d'infection au VIH, dans différentes situations de coercition - traumatismes génitaux, probabilité relative d'infection à VIH et aux autres maladies sexuellement transmissibles, accès limité aux services de santé.

### **Résumé des recommandations en matière de politique**

L'ASCI fait dix recommandations concernant le VIH/sida, la sécurité et les conflits. Ces priorités permettent de définir un large cadre d'engagement et d'offrir des propositions concrètes pour une action immédiate.

#### **1 Aligner VIH et violence sexuelle en matière de prévention et riposte**

Il est urgent de reconnaître que la violence, surtout les violences sexuelles, doit être prise en compte en tant que facteur physiologique et social dans le risque de transmission, ainsi que dans les politiques humanitaires, de santé publique et de sécurité concernant le VIH. Il faudrait établir un débat et parvenir à un consensus sur ce qui constitue la violence sexuelle, de quelle façon la mesurer, l'intégrer aux modèles, et quels sont ses schémas par rapport aux conflits. Le rôle de la force ou de la coercition devrait être explicite dans les données qui lient le VIH aux facteurs sociaux et comportementaux. La prévention de la violence sexuelle et la prévention du VIH devraient être plus étroitement alignées et la prévention de la violence sexuelle devrait être au centre des politiques et stratégies en matière de sida dans les zones frappées par des conflits.

#### **2 Elaborer des approches centralisées du commandement en matière de prévention du VIH, traitement et soins du sida au sein des personnels en uniforme**

Si on veut obtenir de meilleurs résultats dans la lutte contre le sida au sein des services en uniforme, il serait bon d'adopter une démarche intégrée qui souligne la responsabilité du commandement militaire en matière de formulation et mise en œuvre des politiques de prévention du VIH. L'ASCI prône l'élaboration et l'adoption d'une approche centralisée du commandement (ACC) dans la prévention du VIH et le traitement et les soins du sida au sein des personnels en uniforme et des opérations de maintien de la paix des Nations Unies. Ce genre d'approche exige une évaluation systématique du VIH/sida au sein des institutions sécuritaires et la mise en place de lignes de conduites définissant les responsabilités, ainsi que de mesures disciplinaires et de mécanismes de contrôle qui visent à empêcher la violence dans les rangs, et aussi l'exploitation sexuelle et les exactions commises contre les communautés locales. Les outils développés pour l'ASCI, y compris l'Audit militaire institutionnel et un Cadre de capacités des forces sont compatibles avec une

approche centralisée du commandement. La Politique africaine commune de défense et de sécurité de l'Union africaine, devrait intégrer une approche centralisée du commandement concernant le sida. L'ASCI recommande que, dans leurs aspects principaux, les programmes nationaux militaires contre le sida, soient harmonisés avec leurs homologues civils - dans le but de répartir la charge et partager les mêmes principes dans les différents secteurs, tout en gardant une pertinence et application spécifiques conformes aux exigences particulières des services en uniforme.

### **3 Intégrer la prévention du VIH et la riposte à la conception et au commandement des opérations de soutien à la paix**

Les politiques relatives au VIH/sida dans les opérations de la paix, y compris les questions relatives au dépistage avant et après le déploiement, aux soins et au traitement, à l'inclusion de personnes séropositives parmi les personnels en uniforme, devraient être alignées de façon plus réaliste avec les demandes opérationnelles et les capacités des pays fournisseurs de contingents. S'appuyant sur les outils opérationnels de l'approche centralisée du commandement, l'ASCI propose l'élaboration d'un outil spécifique aux missions de soutien à la paix : une évaluation du risque effectuée avant le déploiement ou à l'arrivée sur le terrain de la mission. Les pratiques nationales, régionales et des missions des opérations de maintien de la paix des Nations Unies doivent être alignées avec l'ultime objectif d'une standardisation générale de la prévention, du traitement et des soins au VIH/sida dans tous les pays fournisseurs de contingent.

Conformément à l'objectif mondial d'accès universel, le traitement du sida devrait être également élargi aux soldats de la paix. De façon intérimaire, les politiques et les pratiques devraient être suffisamment alignées pour permettre d'établir un protocole de traitement parmi les différents contingents constitutifs d'une opération de la paix. L'ASCI recommande l'intensification du dialogue entre les organismes et institutions qui ont des mandats complémentaires dans les domaines du maintien et du soutien de la paix, comme par exemple le Conseil de Sécurité des Nations Unies, le Conseil de paix et de sécurité (CPS) de l'Union africaine, la Commission de consolidation de la paix et d'autres mécanismes régionaux, pour examiner le risque accru d'exposition au VIH pendant les périodes post-conflits de consolidation et pour assurer une continuité des efforts de prévention du VIH pendant les périodes de transition et consolidation de la paix post-conflits.

### **4 Intégrer la prévention et la réponse au VIH/sida aux programmes de désarmement, démobilisation et réintégration**

Une plus grande attention doit être portée à la prévention du VIH/sida par les programmes de désarmement, démobilisation et réintégration (DDR) surtout au niveau de la conception et de la mise en œuvre de ces programmes. Le désarmement, la démobilisation et la réintégration sont des points d'entrée

importants à la prévention, au traitement, aux soins et au dépistage du VIH/sida. L'ASCI prône une nouvelle approche de conseil et dépistage volontaire (CDV) qui incorpore les soins et le traitement (ST) administrés non seulement aux soldats démobilisés, mais aussi à leurs partenaires et à leurs enfants : dépistage et conseil volontaire - soins et traitement plus (CDV/ST-PLUS). Les politiques relatives au VIH/sida au sein des personnels en uniforme doivent s'étendre aux régimes des pensions et caisses de retraite, indemnités de survie et funéraires, congés exceptionnels, indemnités d'invalidité et de congédiement pour maladie, ainsi que le droit aux prestations pour les enfants nés hors mariage et/ou d'un viol. En conformité avec les Résolutions 1308, 1325 et 1820 du Conseil de sécurité des Nations Unies, la Banque mondiale ainsi que les donateurs bilatéraux sont appelés à appuyer les gouvernements nationaux à clarifier leurs politiques et à mettre en œuvre des programmes plus vastes de dépistage et conseil volontaires - plus soins et traitement, CDV/ST-PLUS, dans le contexte des DDR et de la réforme sécuritaire.

#### **5 Recadrer le débat autour du dépistage**

L'ASCI recommande l'instauration d'un dialogue équilibré sur le dépistage obligatoire du VIH/sida et l'établissement de critères de santé pour le déploiement. Le dépistage obligatoire est pratiqué sous différentes formes par la majorité des armées pour des raisons largement admises par le commandement des armées, mais il reste mal justifié au niveau des principes qui fondent les droits humains et les politiques nationales relatives au VIH. Les arguments pratiques et de principe pour ou contre le dépistage obligatoire doivent être rendus publics. Les paradigmes qui sous-tendent le droit international humanitaire et le droit des États à suspendre certaines dispositions concernant les droits humains pendant les périodes de crise sécuritaire nationale, devraient être réexaminés, ainsi que les contraintes opérationnelles des forces armées aux ressources limitées. Les objections au dépistage sont formulées en termes de violations des droits humains. Certaines armées ont des politiques d'incitation au dépistage volontaire comme condition d'avancement et requièrent des résultats séronégatifs pour le déploiement et la promotion. D'autres formulent leurs examens en termes de bon état de santé général, ce qui leur laisse une marge de manœuvre pour décider de l'emploi des candidats séropositifs. Il faut instaurer un débat direct qui confronte les politiques divergentes militaires, civiles et des missions de la paix concernant le dépistage du VIH et le déploiement.

#### **6 Intégrer la prévention et la riposte au VIH/sida dans les services de l'ordre et du respect des lois**

Le lien existant entre le VIH/sida et les services chargés du respect des lois a été négligé dans toutes ses dimensions. En premier lieu, le problème peut se définir en termes de l'impact du VIH/sida sur la police et dans les institutions chargées de la sécurité et du respect des lois et le besoin pressant d'une intervention à ce niveau. La deuxième dimension concerne la façon dont les

pratiques au sein des forces de l'ordre, surtout s'agissant des activités stigmatisées ou criminalisées, influence la trajectoire nationale et régionale des épidémies. Certaines questions, telles que le contrôle des conséquences de l'usage des drogues injectables, le contrôle policier du travail du sexe et des trafics et la décriminalisation de l'homosexualité sont centrales. L'ASCI prône un programme d'information collaboratif international sur les liens entre l'application des lois et le VIH/sida.

#### **7 Mettre l'accent sur la propagation transfrontalière du VIH/sida et son rapport avec les trafics et le commerce**

Les questions transfrontalières, dont le trafic des femmes, le trafic de la drogue, l'exploitation et les abus sexuels aux postes frontières, sont liées au risque de transmission du VIH. Le rôle sous estimé jusque là de certains groupes chargés de l'application des lois, qui peuvent être des noyaux de transmission du VIH, mérite d'être mieux exploré. Une coopération et des échanges bilatéraux, régionaux et multilatéraux, sont un préalable nécessaire à l'examen de cette question, et les frontières devraient faire l'objet d'une attention spéciale dans la prévention du VIH. Les liens étroits entre le trafic international illicite des stupéfiants, les activités sexuelles qui y sont associées, l'usage de la drogue et l'émergence des narco-États dans certaines parties du monde, requièrent une attention particulière.

#### **8 Assurer la continuité de la riposte au VIH/sida au cours des transitions post-conflits**

Une sérieuse lacune dans les programmes de prévention apparaît pendant les transitions post-conflits qui peuvent être des périodes de risque accru, et simultanément de faiblesse programmatique dû aux discontinuités entre l'assistance d'urgence, la reconstruction et les efforts de développement. Les pratiques et les cadres des plans stratégiques internationaux restreignent l'aide en matière de lutte contre le sida dans les pays post-conflits qui ne répondent pas toujours aux critères exigés, l'attribution de fonds étant souvent liée à une gouvernance stable. Il est recommandé de mettre au point des approches qui tiennent compte en particulier des dimensions sexospécifiques qui déterminent la forme que prend le risque d'infection à VIH en période de transition. Le lien entre le redressement psycho-social et le risque associé au VIH demeure un des moins étudiés. Les conséquences psychosociales de la guerre, des conflits, des déplacements, de la torture et de la violence ont des répercussions sur les rapports interpersonnels, l'organisation des familles et des ménages et le processus de socialisation.

Des recherches conceptuelles et appliquées sont nécessaires pour mieux comprendre de quelle façon la problématique homme-femme est déterminée par les conflits et leurs suites, de façon à ce que puisse être conçue une intervention appropriée pour les hommes et les femmes, les garçons et les filles, qui tienne compte des vulnérabilités structurelles et des risques

et conséquences associés au VIH. Dans cette perspective, le succès des politiques existantes doit être reconnu et soutenu, y compris les meilleures pratiques en matière de riposte au VIH/sida dans les camps de réfugiés et de personnes déplacées et le renforcement de l'infrastructure sanitaire en situation post-conflit.

#### **9 Examiner la question du VIH/sida dans les États fragiles : renforcer les administrations locales et l'organisation familiale des soins**

Il existe un rapport très complexe et non linéaire entre le VIH/sida et les États fragiles. L'ASCI préconise un réexamen des mesures actuelles de la fragilité des États, de façon à incorporer les éléments clés des administrations locales, y compris les ressources humaines, les prestations du secteur de santé et la résilience des communautés. La recherche menée par l'ASCI met en évidence les multiples façons dont le VIH/sida est un fardeau pour les institutions des collectivités locales, faisant obstacle à une représentation efficace et contribuant à l'inefficacité des services. Ces faiblesses à leur tour, sapent les efforts en vue de garantir un accès universel à la prévention, aux soins et au traitement du VIH/sida. L'ASCI démontre aussi comment la réforme des administrations locales peut transformer le contexte social et économique et changer les modes de transmission du VIH. Il incombe aux gouvernements nationaux de répondre aux besoins de leurs citoyens et d'assurer que la décentralisation de la gouvernance et la prestation des services sont correctement encadrés.

#### **10 Revoir les outils de mesure**

Dans les modèles épidémiologiques et comportementaux de transmission du VIH, les indicateurs traditionnels ne parviennent pas à saisir les dimensions pertinentes des perturbations sociales et traumatismes associés concernant les relations entre les sexes, les structures familiales, les administrations locales, et les services sociaux. Des indicateurs et approches plus précis sont nécessaires, qui soient sensibles aux dimensions sociales et sexospécifiques surtout dans les situations de conflit prolongé, de déplacement, et de transformation post-conflit. Les cadres analytiques et les outils de mesure doivent tenir compte des variations locales concernant la sexualité et les violences. Une évaluation des vecteurs et impacts du sida doit ajouter aux indicateurs hautement agrégés à niveau national, des outils de mesure contextualisées de la dynamique à niveau familial, communal, local et régional.





## Contexte

L'ASCI, l'Initiative sur le sida, la sécurité et les conflits est une initiative de recherche mondiale commanditée par l'Institut néerlandais de relations internationales Clingendael et le Conseil de recherche en sciences sociales. Le Ministère néerlandais des Affaires étrangères a financé une première phase de ce projet de juin à octobre 2005 qui a conduit à l'établissement d'un calendrier de recherches, d'un Comité consultatif et d'un réseau international de chercheurs, décideurs politiques et praticiens. A la suite de réunions avec le Comité consultatif et différents experts et intellectuels, l'ASCI a lancé un appel de candidatures destiné aux personnes susceptibles d'être intéressés par le projet. Dans les mois qui ont suivi, les membres de l'équipe de recherche de l'ASCI (le secrétariat, les chercheurs principaux, un directeur de recherche, les coprésidents de l'initiative) ont entamé un processus d'identification des partenaires appropriés dans toutes les disciplines, sur tous les continents et dans les communautés de pratique. Des efforts substantiels ont été consacrés à la sélection des pays qui convenaient le mieux aux études de cas, au repérage de partenaires bien informés et bien placés et d'initiatives existantes qui puissent être consolidées. De 2006 à 2008 27 études au total ont été mandatées comprenant 26 partenaires de recherche dans 17 pays (voir annexe). De décembre 2008 à août 2009 les résultats ont été soumis pour consultation à différentes tribunes universitaires et politiques.

L'ASCI a été appuyée dans son travail par ses coprésidents Georg Frerks et Souleymane M'Boup, ainsi que son directeur de recherches Alex de Waal. Les recherches thématiques ont été dirigées par les chercheurs principaux, Tony Barnett, Manuel Carballo, Gebretsadkan Gebretensae Bayru et Jennifer Klot. Au Comité consultatif ont siégé Paul Bekkers, Judy El-Bushra, Winnie Byanyima, Pamela Delargy, Adele Dion, Stephen Heintz, Lennarth Hjelmåker, Annmaree O'Keefe, Peter Piot, Suebpong Sangkharomya, Margaret Vogt et Alan Whiteside. Pendant la durée du projet, le Comité consultatif s'est réuni trois fois.

L'ASCI a obtenu un appui financier du Ministère des affaires étrangères néerlandais, de l'Agence australienne pour le développement international, du Département des affaires étrangères et du commerce international canadien, du Fonds Rockefeller Brothers, du Ministère des affaires étrangères suédois et du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Un financement a été fourni dans le cadre de certains projets et activités de recherche spécifiques par la Division de recherches sur l'économie de la santé

et le VIH/sida de l'Université de KwaZulu dans le Natal, par Justice Africa, le Fonds des Nations Unies sur la population (FNUAP) et la Fondation SIDA de San Francisco.

### **Justification**

L'intention principale de l'ASCI était de parvenir à une compréhension plus rigoureuse des liens entre le VIH/sida, la sécurité et les conflits. L'ASCI répond ainsi aux inquiétudes grandissantes concernant l'impact à long terme et l'impact structurel de la pandémie du VIH/sida. Elle focalise son attention sur les conséquences du VIH/sida sur la sécurité humaine et la stabilité nationale dans les pays les plus affectés, en particulier ceux qui sont en situation de conflit ou de transition post-conflit.

À son point de départ, l'ASCI a reconnu la nécessité de cristalliser les connaissances rassemblées par les praticiens et les chercheurs, de façon à combler des lacunes existantes et fournir des fondements solides à l'élaboration de politiques et de programmes basés sur des données probantes relatives au sida dans les quatre domaines suivants :

- 1 Armées et services en uniforme ;
- 2 Crises humanitaires et transitions post-conflits ;
- 3 États fragiles et en crise ;
- 4 Questions transversales, y compris sexospécificité, collecte et analyse de données, et représentation dans les médias.

### **Méthodologie**

Le portfolio de l'ASCI comprend 27 projets de recherche dans les quatre domaines thématiques définis. Les projets individuels englobent une grande variété d'approches qualitatives et quantitatives, y compris des évaluations sur le terrain, une analyse de la littérature, des modélisations macroéconomiques et mathématiques, des analyses métapolitiques, des enquêtes et analyses statistiques et des études de cas. Chaque chercheur a établi la méthodologie la mieux adaptée aux questions étudiées. Le rapport final de l'ASCI synthétise les résultats obtenus par le biais d'approches méthodologiques variées et dans différentes disciplines.

L'absence de recherches approfondies dans des secteurs spécifiques et les faiblesses inhérentes à la méthodologie imposent une certaine réserve vis-à-vis des résultats présentés par l'ASCI. L'ASCI s'est cependant efforcée de réfléchir sur ses propres limites et les défis épistémiques inévitables. Ses résultats ont été placés dans le cadre d'une analyse approfondie de la documentation existant dans le domaine politique et universitaire. L'ASCI a d'autre part consolidé les résultats obtenus, à travers de multiples concertations et analyses par les pairs des décideurs politiques, praticiens et érudits. Cet important effort de mobilisation au sein des sciences sociales et des communautés

biomédicales et s'occupant de santé publique, a révélé des lacunes significatives dans les connaissances et dans l'approche méthodologique et a permis de consolider une collaboration interdisciplinaire. Les défis posés par le HIV/sida sont d'ordre médical ainsi que social, politique et économique. Une plus grande collaboration interdisciplinaire est nécessaire pour apporter des solutions aux questions épineuses et compliquées posées par l'épidémie, questions qui vont continuer de se poser pendant les générations à venir.

### **Concertation et examen critique par les pairs**

A mi-parcours du processus de recherche, les chercheurs mandatés par l'ASCI travaillant sur des thématiques proches ont été invités par les chercheurs principaux à communiquer et examiner le résultat de leurs travaux. Une réunion de pairs sur les questions sexospécifiques s'est tenue à la London School of Economics ; Le Centre international sur les migrations et la santé et le développement a convoqué ses chercheurs à Genève ; Le groupe chargé de la recherche sur les États fragiles s'est réuni à l'Université australienne de La Trobe à Melbourne ; et le Center for Policy Research and dialogue a convoqué à Addis Ababa les chercheurs qui travaillaient sur les personnels en uniforme.

L'ASCI a en outre réuni des agents des forces de l'ordre et des spécialistes du monde entier en septembre 2007 à la Haye, en vue d'une consultation mondiale sur les forces de l'ordre et le VIH. En septembre 2008, la Fondation Greentree a accueilli une réunion transversale thématique d'examen par les pairs, qui réunissait tous les chercheurs mandatés par l'ASCI.

A l'étape finale de sa mobilisation (de décembre 2008 à septembre 2009), les résultats ont été également discutés dans le cadre d'institutions universitaires et politiques, y compris la Banque mondiale, l'Union africaine, le comité consultatif des instituts de santé nationaux (NIH) du bureau de recherche sur le sida (OAR) de l'université Dalhousie, et à la 15e Conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles (MST) en Afrique, qui s'est tenue à Dakar en décembre 2008.

Le Centre d'études stratégiques et internationales (CSIS) a coordonné des réunions d'information à Washington le 23 juin 2009, avec des institutions financières internationales, la Communauté de politique étrangère des États-Unis et le Département de la défense des États-Unis. Le Forum de la paix et de la prévention des conflits du Conseil de recherche en sciences sociales (SSRC) a convoqué des réunions d'information avec les départements, fonds et programmes des Nations Unies, le 2 juillet 2009 à Genève. Les résultats touchant aux questions sexospécifiques ont été présentés lors d'une session satellite en collaboration avec le Centre de recherches sur les femmes et la Fondation SIDA de San Francisco, le 20 juillet 2009 à Cape Town au cours de la conférence internationale organisée par la société internationale du sida (IAS). Les résultats touchant l'Afrique du Sud et sa région ont été présentés dans un séminaire coparrainé par l'Africa Institute of South Africa (AISA) à Pré-

toria. D'autres consultations se sont tenues au cours d'une réunion sur le VIH et les trafics en Eurasie, coordonnées par Sida 2031 et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Le programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a organisé à différentes reprises des discussions avec l'Équipe spéciale des personnels en uniforme au sujet des résultats obtenus par l'ASCI.

Une première mouture de ce rapport a été révisée par un certain nombre d'experts appartenant aux domaines de la sécurité, du sida, de la santé en matière de procréation, de l'humanitaire et des sexes/spécificités. Pour leurs commentaires pénétrants et leurs suggestions, l'ASCI veut témoigner sa reconnaissance (sans aucun engagement) à : Tony Barnett, Gebretsadkan Gebretensae Bayru, Roxanne Bazergan, Gene Bonaventre, J. Peter Burgess, Pamela Delargy, Stefan Elbe, Paul Harvey, Leo Kenny, Priyah Marwah, Pia Peeters, Musumali Shindano, Steven Schoofs, J. W. M. Spreeuwenberg, Nertila Tavanxhi, Joseph Tumushabe, Hugo de Vries, Alan Whiteside and Marijike Wijnroks.

### **Pôle de recherche et portail d'information de l'ASCI**

Un pôle de recherche et un portail d'information en ligne ont joué un rôle essentiel dans les activités de rayonnement de l'ASCI (<http://asci.researchhub.ssrc.org>). Le pôle de recherche de l'ASCI consiste en un ensemble d'outils puissants qui permet à une communauté de chercheurs, praticiens et décideurs politiques de s'informer en ligne, découvrir des recherches pertinentes, partager des connaissances et collaborer à travers les quatre domaines thématiques de l'ASCI. Le portail principal offre des informations générales sur l'ASCI, un aperçu de ses priorités thématiques et un accès à tous les documents de travail. Il permet aussi d'accéder à une base de données avec mots consultables sur les recherches universitaires et de politiques, les organisations et acteurs principaux dans le domaine du VIH/sida, les conflits et la sécurité. La base de données qui est mise à jour régulièrement pour inclure les nouvelles publications et les documents de travail, dispose de 800 items qui offrent aux utilisateurs un lien avec les articles, institutions et personnes qui sont thématiquement associés à l'ASCI. Le site, grâce à un logiciel ouvert, permet aux utilisateurs de faire part de l'état de leurs recherches et d'ajouter du matériel pertinent de façon à enrichir progressivement la base de données.



# 1. Introduction

---

Le présent rapport est l'aboutissement d'un programme de recherches menées par l'Initiative sur le sida, la sécurité et les conflits (ASCI) mandaté par le Conseil de recherche en sciences sociales (New York) et l'Institut Clingendael des relations internationales (La Haye) entre 2005 et 2009. L'ASCI est une initiative commune de recherche mondiale dont l'objectif est d'influencer les politiques et les programmes à l'aide de données probantes, et de combler des lacunes décisives concernant les liens existant entre sécurité et sida. L'ASCI couvre les quatre domaines thématiques suivants : militaires et personnels en uniforme ; crises humanitaires et transitions post-conflits ; États fragiles ; questions transversales, dont la sexospécificité qui a fait l'objet d'une recherche spécialement mandatée. Au total, l'ASCI a réalisé 27 études (voir annexe).

Dans son message principal, le rapport final de l'ASCI démontre que : (1) le VIH et le sida menacent de différentes façons la sécurité humaine ainsi que la sécurité nationale et internationale ; (2) les institutions en charge de la sécurité et les situations de crise sécuritaire ont une influence sur l'incidence du VIH ; (3) les périodes de transition post-conflits modifient, et dans certains cas augmentent, les risques et les conséquences liés au VIH et (4) la prévention, les soins et les traitements du HIV/sida sont mal intégrés aux réformes du secteur sécuritaire, à l'assistance humanitaire, et au maintien de la paix ou à la consolidation de la paix dans les situations post-conflits.

La recherche menée par l'ASCI a permis d'identifier des moyens susceptibles de limiter ces menaces par des politiques ciblées, des programmes et des efforts de mobilisation. Dans les situations de transition post-conflits, des politiques efficaces concernant le VIH/sida doivent s'adapter à des environnements en évolution ou le risque d'infection à VIH augmente du fait des patrons migratoires changeants, des défaillances dans la prestation des services, et d'une augmentation des violences sexuelles. Parmi ses recommandations principales l'ASCI prône un meilleur débat sur le dépistage au sein des personnels en uniforme et l'adoption d'une approche centralisée du commandement concernant la prévention, les soins et le traitement du VIH/sida, destinée à gérer l'impact du VIH sur les capacités opérationnelles des personnels en uniforme. L'ASCI identifie également le rôle que jouent les forces chargées du respect de la loi et les trafics dans l'évolution de l'épidémie à niveau national et régional.

Les défis posés supposent une approche qui tienne explicitement compte des conditions spécifiques de chaque sexe et puissent même changer les perceptions. Une analyse des problèmes en fonction du genre est utilisée ici dans le but de réexaminer l'efficacité des approches fondées sur le comportement dans la prévention et la riposte au VIH au sein des personnels armés et de leur famille. Il apporte des preuves empiriques du rôle de la violence et de l'exploitation sexospécifiques dans le risque physiologique et social lié à la transmission, la prévention et la riposte au VIH.

L'ASCI démontre que le genre est un des facteurs significatifs qui, associé aux inégalités sociales, économiques et culturelles, détermine la forme que prennent le risque et la vulnérabilité au VIH pendant les conflits et dans les transitions post-conflits, et dans le contexte des prestations de services humanitaires, du redressement rapide, et de désarmement, démobilisation et ré-intégration.

Les conclusions de l'ASCI mettent en cause l'efficacité des approches basées sur le comportement individuel concernant la prévention du VIH, qui ne tiennent pas compte du rapport de force hiérarchique au sein des rapports sociaux et sexuels. L'ASCI exige également que soient abandonnés les paradigmes macro-économiques déterministes qui établissent une relation directe de cause à effet entre la diffusion du VIH et les conflits ou les États fragiles. Entre ces extrêmes il existe un éventail complexe de facteurs, de contraintes et de possibilités.

*Le sida en Afrique a mis des générations entières hors jeu. A cela il faut ajouter les flots migratoires. Et les catastrophes économiques. Et les guerres civiles qui entraînent l'exfiltration ou un type d'engagement des personnes, volontaire ou non. Et bien que nous pensions que nous ne sommes pas concernés, nous le sommes tous, que nous le voulions ou non. Il arrive un moment où chacun doit prendre ses responsabilités.*

George J. Tenet, directeur de la CIA, 7 février 2001  
(United States Senate Select Committee on Intelligence,  
Comité restreint du sénat des États-Unis sur le renseignement 2002)

## **1.4 Sécurité du VIH et du sida**

Au moment du millénaire, le Conseil de Sécurité des Nations Unies a tenu pour la première fois un débat faisant d'une question de santé publique une menace potentielle pour la paix internationale et la sécurité. Cette action sans précédent était l'expression de trois démarches exprimant chacune des inquiétudes et des attentes différentes. La première faisait état d'une préoccupation traditionnelle centrée sur la sécurité d'État et était motivée par la crainte que le fardeau des personnes malades et la perte en ressources humaines conduisent à une crise des États. La deuxième démarche s'attachait

spécifiquement au maintien de la paix, soulignant le risque que faisait courir le VIH et le sida aux membres des opérations de maintien de la paix et la crainte que les membres de ces opérations ne contribuent à la transmission du VIH. La troisième approche envisageait le problème de sécurité à l'échelle humaine et élargissait le débat pour y inclure les effets potentiels du VIH/sida sur les dimensions socioculturelles, politiques et économiques du bien-être humain.

Les conclusions des recherches mandatées par l'ASCI permettent de mieux comprendre comment et où l'épidémie s'est, ou ne s'est pas, propagée. Même si les premières craintes ont été exagérées, elles n'étaient pas entièrement dépourvues de fondement. Une microanalyse des données a permis à l'ASCI d'identifier un ensemble de problèmes graves mais qui ont des solutions. Même s'il n'y a pas eu d'implosion des armées, celles-ci sont cependant touchées de façon importante à plusieurs égards. Elles ont du mal à absorber les coûts engendrés par le traitement et les soins aux membres de l'armée et leurs familles, à retenir un personnel qualifié et expérimenté et à gérer des questions d'ordre juridique et éthique concernant le dépistage. Des questions cruciales concernant les services chargés du maintien de l'ordre n'ont pas été abordées.

Si les conflits armés n'ont pas engendré d'épidémies incontrôlables du VIH, il reste que les déplacements forcés et les phases de transition post-conflits posent un énorme défi en termes de continuité de la prévention, des soins et du traitement du VIH/sida et d'adaptation à un contexte socio économique et politique en mutation rapide. Si les gouvernements nationaux peuvent sembler capables de réagir à ces défis, l'ASCI a identifié des conséquences mesurables, mais pas encore catastrophiques, sur les structures des administrations locales. Alors que les indices existants sur la « fragilité des États » ne permettent pas d'identifier une corrélation directe, et en tout cas aucune causalité, entre le VIH/sida et les États fragiles, il existe de nombreuses preuves que la capacité des États est un facteur déterminant dans une riposte efficace au VIH et au sida. Tout cela est la manifestation des défis traditionnels posés à la sécurité des États bien que sous une forme nouvelle, à un niveau intermédiaire et avec un impact distinct.

### **1.1.1 Menaces à la sécurité internationale**

Parmi les analystes réalistes s'occupant de sécurité, surtout aux États-Unis, la croissance rapide de la pandémie du VIH dans certaines parties du monde, en a conduit certains à prédire que des sociétés entières étaient menacées. Un rapport décisif du Conseil national du renseignement américain (NIC, 2000) prévoyait un scénario catastrophe selon lequel, si aucune mesure n'était prise, la pandémie du VIH provoquerait l'effondrement social et politique des pays touchés, ce qui rendrait impossible la gestion des armées, exacerberait les conflits, et aggraverait considérablement les urgences humanitaires. Ce scénario qualifié alors d'imminent dans certaines parties d'Afrique Australe et de l'Est, était considéré comme une menace à la sécurité nationale des États-

Unis. Un deuxième scénario (NIC, 2002) étendait la menace à une seconde « vague » de pays - la Chine, l'Inde, la Fédération de Russie, l'Éthiopie et le Nigéria. Il prévoyait une trajectoire similaire à celle anticipée pour l'Afrique Australe, conduisant à une épidémie généralisée et des crises sociopolitiques potentielles qui, à leur tour poseraient un défi majeur à la sécurité des États-Unis.

Ces scénarios ne se sont pas déroulés comme prévu. Les conséquences terribles du VIH et du sida n'ont pas été une menace pour la sécurité nationale des États-Unis, ni pour aucune autre puissance. En réalité, la catastrophe causée par le VIH a été une menace, disproportionnée et prévisible, pour la sécurité humaine dans les régions où l'épidémie est prévalente. Ces menaces sont concentrées en Afrique Australe qui est l'épicentre de la pandémie et une sous-région où la diminution de l'espérance de vie est en soi une catastrophe démographique. Bien que des effets importants du VIH/sida se soient fait sentir dans le domaine de la santé, de la sociétés et de la politique dans la Fédération de Russie, en Inde et en Chine, la seconde « vague » d'infection n'est pas comparable à celle qui a dévasté l'Afrique Australe. Comme le montre la recherche menée par l'ASCI, les épidémies déclenchées en Asie du sud-est et dans le Pacifique n'ont pas suivi la trajectoire de l'« africanisation » (O'Keefe, 2008).

Les efforts qui visent à contenir la pandémie et dispenser les soins nécessaires ont été plus considérables que prévus bien qu'ils continuent de se trouver confrontés à d'énormes obstacles socioculturels et politiques et une stigmatisation et discrimination persistantes. Les tendances actuelles montrent que le VIH menace l'espérance de vie de millions de personnes. À l'avenir, les scénarios - africain et mondial, devront tenir compte de l'élargissement du risque, signalé par de nouvelles variétés du virus plus virulentes et résistantes. La propension du virus à muter et développer une résistance aux traitements en cours, devrait inciter à une vigilance permanente.

S'il est vrai que les prédictions ont surestimé l'ampleur du désastre engendré par le VIH au niveau des États, il ne faut pas minimiser l'immense force politique qu'elles ont libérée. Les décisions d'ordre politique qui ont suivi y compris la coalition derrière la création du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et la riposte peu commentée mais rapide de bon nombre d'armées, ont été très influencées par cette mobilisation. Il n'y a pas de consensus sur la réponse à la question de savoir pourquoi la pandémie du VIH n'a pas connu une propagation aussi spectaculaire que prévue. La riposte mondiale sans précédent y a contribué en partie. Un autre facteur déterminant est la première erreur d'appréciation qui décrivait comme une « situation d'urgence » à court terme, la poussée épidémique du VIH/sida. La longue vie caractéristique du virus de l'immunodéficience humaine signifie que les conséquences du point de vue médical, social, économique et politique, vont se faire sentir à moyen et à long terme sur des générations. Ce qui

représente de nouveaux défis concernant la façon de mesurer l'impact du virus conjugué à celui des crises démographiques, de la famine, des catastrophes naturelles, des conflits et de l'insécurité.

### **1.1.2 Opérations internationales de soutien à la paix**

La deuxième approche qui justifiait que la question du VIH soit à l'ordre du jour du Conseil de Sécurité, mettait spécialement en avant les inquiétudes concernant la menace potentielle contre le maintien de la paix, y compris le risque encouru par le personnel des opérations de maintien de la paix, les tensions créées en leur sein et le risque que le personnel de ces opérations puisse devenir un vecteur de transmission aux populations des pays hôtes et de ces pays hôtes vers les pays fournisseurs de contingents. La résolution 1308 (2000) du Conseil de Sécurité se limitait au problème le plus immédiat c'est-à-dire celui des Opérations du maintien de la paix de l'ONU et un consensus grandissant se faisait jour sur le rôle potentiellement constructif que pouvaient jouer les Opérations du maintien de la paix de l'ONU dans le renforcement de la prévention du VIH.

Dix ans après cette résolution historique, un nombre de défis importants n'ont pas été relevés au niveau des politiques, y compris la question controversée du dépistage avant le déploiement et les dispositions prises concernant le traitement et les soins pendant et après le service. Au fur et à mesure que continue de s'étendre l'engagement régional et international des missions de maintien et consolidation de la paix, la nécessité se fait plus pressante d'élaborer des politiques cohérentes de lutte contre le VIH dans et entre les pays fournisseurs de contingents. Les orientations politiques et les ripostes dépendront des besoins spécifiques des contingents, de leurs exigences fonctionnelles et opérationnelles et la mise en œuvre de stratégies de tolérance zéro vis-à-vis de l'exploitation sexuelle et des abus sexuels au sein des opérations de maintien de la paix. Assurer la continuité de la prévention du VIH et le traitement et les soins liés au sida dans les transitions post-conflits et de consolidation de la paix est un autre défi persistant. Les programmes de désarmement, démobilisation et réintégration ont été un aspect régulièrement négligé dans la prévention et la riposte au VIH/sida, y compris l'exclusion quasi-totale des familles, femmes et enfants des militaires. La Côte d'Ivoire et le Soudan sont entrain de remédier à cette négligence mais il reste beaucoup à faire.

### **1.1.3 Sécurité humaine**

La troisième préoccupation du Conseil de Sécurité des Nations Unies au sujet du HIV/sida concernait la sécurité humaine. Le concept de sécurité humaine couvre une variété de menaces à la sécurité qui interagissent, vont au-delà du domaine stratégique et militaire traditionnel et incluent la sécurité du point de vue de la santé, de l'économie, de l'environnement et de la politique. Cette approche s'est développée dans le sillage du rapport sur la sécurité humaine du Programme des Nations Unies pour le Développement (1994) qui a graduel-

lement influencé les débats multilatéraux et nationaux et a donné une plus grande place à la protection civile dans son agenda pour la sécurité. Cela a été suivi d'une action internationale en faveur des enfants et des femmes victimes des conflits, contre les violences sexuelles en temps de guerre et pour un rôle accru des femmes dans la consolidation de la paix. Fut aussi reconnu la part potentielle d'acteurs non gouvernementaux dans la formulation d'une notion plus vaste de la sécurité. Il a été souligné que plus de personnes meurent de menaces à la sécurité humaine, telles que les maladies évitables et les pénuries alimentaires, que victimes des guerres. Si les questions de sécurité « concrètes » dans les situations extrêmes étaient au cœur du débat parce qu'elles pouvaient affecter les êtres humains, alors une épidémie mortelle qui tuait des millions de personnes par an et menaçaient d'en tuer encore plus, devrait être considérée une question de sécurité tout comme la guerre. Cette définition du VIH comme menace contre la sécurité humaine était un progrès significatif. Elle permit de mobiliser les ressources et l'engagement de la communauté internationale et d'autres instances diverses aux États-Unis, allant des partisans de l'ancien vice-président Al Gore aux groupes conservateurs chrétiens, pour enrayer l'épidémie (Burkhalter, 2004).

Cependant faute de données probantes reconnaissant le VIH comme une menace contre la sécurité, des conjectures plausibles dominaient la plupart des débats. En dépit des scénarios qui mettaient en avant la sécurité, la couverture des médias dominants concernant le VIH a continué de se concentrer quasi exclusivement sur les aspects médicaux et humanitaires, négligeant presque totalement la dimension sexospécifique, politique et sécuritaire (Campbell, 2008). Une des principales missions que s'est donnée l'ASCI a été de fournir une base empirique aux affirmations sur le lien existant entre sécurité et VIH dans le but d'injecter une nouvelle rigueur au débat et de prôner des mesures concrètes. L'ASCI ne s'est pas penchée sur les urgences humanitaires non liées aux conflits, sauf incidemment. Ce sujet a été traité par Samuels, Harvey & Bergmann (2008) et dans le Rapport sur les catastrophes dans le monde, consacré au VIH/sida (La Croix Rouge, IFRC, 2008).

**Figure 1.1**

**Représentation du VIH/sida dans la couverture photographique du New York Times, par sexe et par contenu 2000-2007**

<b>Couverture photographique par sexe</b>		
<b>Sexe</b>	<b>Quantité</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Masculin</b>	<b>171</b>	<b>48.2</b>
<b>Féminin</b>	<b>109</b>	<b>30.7</b>
<b>Masculin/féminin</b>	<b>38</b>	<b>10.7</b>
<b>Inconnu</b>	<b>37</b>	<b>10.4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>355</b>	<b>100</b>

<b>Couverture photographique par sujet</b>	
<b>Malade</b>	<b>103</b>
<b>Educateurs du SIDA/ personnel soignant</b>	<b>49</b>
<b>Citoyen africain</b>	<b>45</b>
<b>Homme, femme politique</b>	<b>40</b>
<b>Enfants</b>	<b>24</b>
<b>Scientifiques</b>	<b>15</b>
<b>Malades et éducateurs/ personnel soignant</b>	<b>13</b>
<b>Malade et aide soignant</b>	<b>10</b>
<b>Bâtiment</b>	<b>7</b>
<b>Aide soignant</b>	<b>6</b>
<b>Drogue injectable /équipement</b>	<b>2</b>
<b>Autre</b>	<b>31</b>
<b>TOTAL</b>	<b>355</b>

Source : Campbell (2008)

## **1.2 Dimensions sexo-spécifiques du VIH/sida, de la sécurité et des conflits**

L'analyse et les recommandations de l'ASCI mettent les dimensions sexo-spécifiques au cœur du débat. L'ASCI apporte de nouvelles idées sur la façon dont le genre des personnes détermine le risque au VIH et la riposte en tant de crise. Se basant sur des recherches couvrant plusieurs disciplines et domaines d'activité, l'ASCI tient compte des conditions spécifiques de chaque sexe pour mettre en cause les modèles épidémiologiques dominants de risque au VIH, qui n'ont pas encore intégré la physiologie particulière de susceptibilité des femmes victimes de rapports sexuels forcés.

Les recherches menées par l'ASCI apportent des preuves nouvelles du rôle de la contrainte et de la coercition dans la transmission du VIH. Elles démontrent combien on sous-estime la contrainte dans le contexte de mariages précoces et d'échanges sexuels commerciaux, fruits de transaction ou liés à la survie. Là où il y a menace immédiate sur la sécurité physique, les risques du VIH sont aussi associés au paradoxal « sexe de protection » qui expose la personne la plus vulnérable à un risque accru d'exaction, d'exploitation et d'infection parce que l'alternative existante semble pire.

Quand on se réfère au « genre » dans les discours et les pratiques officiels concernant le VIH et la sécurité, il s'agit presque toujours d'une référence aux « femmes ». Cette perception limitée et inexacte échoue à saisir les facteurs autant biologiques que sociaux qui déterminent les relations entre les sexes et par conséquent le risque du VIH, l'accès à la prévention, au traitement et aux soins. Dans les situations de conflits, cette approche unidimensionnelle du « genre » se traduit souvent par une riposte qui définit les groupes à risque en terme d'un seul sexe et selon une unique variable sociale - comme par exemple « les militaires » ou « les professionnelles du sexe ».

Ces approches n'ont pas permis de déceler la richesse et la complexité relationnelle des interactions et les variations entre les groupes. Simplifier la prévention du VIH pour toucher les « militaires » par exemple, ne prend pas en compte les changements que peut subir l'identité sociale et sexuelle d'une personne au cours de sa vie et même pendant la durée d'un conflit. Avant, pendant et après les conflits, les militaires deviennent des civils et les civils peuvent s'engager ou être recrutés de force dans l'armée. Les risques associés au VIH diffèrent en fonction de cela. Par exemple, des soldats participant aux opérations de la paix peuvent avoir un meilleur accès à la prévention du VIH que ceux des compagnies militaires privées. Les hommes en uniforme peuvent avoir des rapports sexuels aussi bien avec des hommes qu'avec des femmes et de ce fait être confrontés à un risque accru qui n'est probablement pas pris en compte dans les programmes militaires de prévention. Ces approches généralistes négligent souvent involontairement des sous-groupes de ces catégories sociales qui sont les plus exposés au risque de contamination. - par exemple les femmes soldats, les professionnels du sexe masculins, ou les hommes qui ont des rapports avec des hommes mais se disent hétérosexuels. En d'autres termes, réduire l'identité sexuelle et sociale d'une personne à une seule dimension ne constitue pas une base suffisante pour cibler les interventions anti-VIH.

L'accès à la prévention du VIH et aux soins et au traitement du sida est également déterminé par la position sociale, le rang, le statut économique, l'origine ethnique, l'endroit, l'âge, les infirmités, la religion, le statut matrimonial, les coutumes, l'usage de drogues et la structure familiale. Le risque associé au VIH est déterminé par un ensemble d'inégalités associées à un certain nombre de variables qui s'expriment différemment selon les contextes interpersonnel, socioculturel et politique dans lesquels ces rapports, y compris les rapports sexuels se développent.

El-Bushra (2008) affirme que la capacité à fournir une réponse efficace au VIH dans les situations de conflits est entravée du fait que les analyses sexo-spécifiques et sociales concernant le risque VIH viennent souvent après les considérations épidémiologiques associées au risque de transmission. Les paradigmes comportementaux qui interviennent dans la transmission du risque VIH n'ont pas expliqué - sans parler de réduire, le taux d'infection dis-

proportionné par rapport aux hommes que l'on trouve chez les jeunes femmes des régions de l'Afrique subsaharienne. Des approches soulignant « l'autonomisation » par rapport à la prévention au VIH mettent régulièrement en avant le libre arbitre des individus et supposent qu'il est possible d'apprendre à « négocier » des rapports « protégés ». Elles sous estiment que les relations de pouvoir profondément ancrées et socialement admises sont basées sur des relations patriarcales, ethniques et autoritaires qui se sont développées au cours des siècles.

En résumé, il semble qu'on puisse attribuer la faiblesse de la prévention et la riposte au VIH dans les conflits au fait que l'analyse omette l'étude des conditions par sexe. L'ASCI offre un cadre qui permet de comprendre la dimension sexospécifique du VIH dans les conflits et d'améliorer les politiques et les programmes au moyen de recommandations spécifiques.

**Tableau 1.1**

**Prévalence du VIH par sexe dans des pays choisis affectés par les conflits, 2007**

	Faible prévalence du VIH Estimation		Forte prévalence du VIH Estimation	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Angola	0.1	0.1	0.4	0.5
RDC	0.1	0.7	0.4	1.2
Mozambique	1.2	5.9	4.2	11.1
Rwanda	0.3	0.9	0.7	1.9
Afrique du Sud	1.7	9.1	6.0	17.0
Soudan	0.2	0.6	0.5	1.5
Ouganda	0.6	2.7	1.9	5.2

Source: ONUSIDA/OMS/UNICEF (2008)

### **1.3 Nouvelles réalités, nouvelles réponses**

Les études menées par l'ASCI suggèrent que les cadres existants pour mesurer le VIH et la riposte n'ont pas suffisamment tenu compte des risques associés aux conflits, aux transitions post-conflits et aux États fragiles. Les résultats obtenus à travers les différentes études menées par l'ASCI ont permis de spécifier les facteurs qui expliquent comment le risque d'infection au VIH est modifié par des processus sociaux spécifiques, amplement reconnus mais mal définis, qui entrent dans la rubrique générale des rapports entre civils et militaires, de la violence sexuelle, des conflits, de la reconstruction post-conflits et de la fragilisation de l'État.

Les conclusions de l'ASCI sur les liens entre le VIH et les États fragiles coïncident avec les réévaluations plus optimistes qui ont été faites portant sur la sévérité des menaces que pose l'épidémie au niveau macroéconomique. Les

études menées par l'ASCI démontrent que souvent les évaluations à niveau national ne permettent pas de mesurer l'impact au niveau des administrations et collectivités locales, au sein des familles et à travers les générations. Ces évaluations échouent aussi à saisir l'impact négatif de la double épidémie de VIH et tuberculose (TB). Dans les pays en développement, la tuberculose est généralement la première manifestation du sida et elle tue presque la moitié des malades atteints du sida dans le monde (WHO, 2009), ce qui a des conséquences sur la prestation des services et sur les ressources humaines, qui n'ont pas encore été prises en compte dans le calendrier des États fragiles et les stratégies internationales de réduction de la pauvreté. L'ASCI souligne la nécessité d'aller au-delà des paradigmes existants sur la fragilité des États pour définir des approches plus susceptibles de saisir les réalités locales complexes et variées.

Il faudrait que les approches actuelles appliquées aux crises humanitaires et à la reconstruction post-conflits fassent une place autre qu'occasionnelle à l'impact du VIH/sida. De la même manière les généralisations à haut niveau sur le rapport qui existe entre le VIH/sida et les États fragiles ne donnent pas d'indications utiles sur l'impact réel et la résilience. Mais on ne devrait pas s'étonner que le sida n'ait pas conduit à l'effondrement des États. Au cours de l'histoire, les États ont toujours manifesté une capacité remarquable à rester solides même quand ils présidaient à des changements sociaux considérables ou à des calamités, et il n'y a pas lieu de croire qu'il en soit autrement dans le cas de l'épidémie du sida.

Au sein des forces de sécurité, la riposte au VIH/sida s'est focalisée sur les armées nationales et a, par conséquent, négligé d'autres personnels en uniforme (notamment les services de police, de l'immigration et des établissements correctionnels), les forces irrégulières, les compagnies militaires privées et les anciens combattants. Le terme de « personnels en uniforme » utilisé dans ce rapport de l'ASCI recouvre par conséquent le secteur sécuritaire dans sa totalité. Ce terme permet également de mettre un nouvel accent sur les services de police qui jouent un rôle particulièrement important et complexe dans l'épidémie du VIH.

Si une approche basée sur la sécurité de l'État se révèle limitée, une approche basée sur la sécurité humaine peut au contraire englober tant de dimensions qu'elle est de ce fait d'une utilité limitée dans l'élaboration des programmes. Ces deux cadres de réflexion présentent des avantages et ont leurs limites, et permettent aussi l'utilisation de concepts intermédiaires ou hybrides, tels que « la sécurité durable » (Brigety & Dewan, 2009). L'ASCI a cherché par conséquent à combiner ces différents niveaux d'analyse, variant si nécessaire son angle d'approche selon les enjeux. La démarche suivie qui comporte la collecte de données empiriques à multiples niveaux a permis à l'ASCI de contourner les limites des deux cadres présentés tout en tirant parti de leurs avantages respectifs.

## 2. États fragiles et VIH/sida

D'après les indices de fragilité existants, les pays qui ont les taux les plus élevés d'incidence du VIH ne figurent pas parmi les plus fragiles et ceux qui sont considérés les plus fragiles ne présentent pas les taux les plus élevés du VIH. Les études menées par l'ASCI fournissent une explication méthodologique et substantive à ce résultat et avancent trois raisons principales: premièrement, les indices existants de fragilité des États se concentrent sur des indicateurs macroéconomiques de la capacité des États à gouverner et gérer les fonds de développement, alors que les conséquences les plus graves du sida se font sentir au niveau des ménages et des communautés. Les tensions qui en résultent en termes de capacités humaines et de demande accrue de services sont ressenties plus fortement au niveau des administrations locales, surtout dans le secteur santé. En l'absence d'indicateurs qui reflètent les contraintes locales, les conséquences directes et indirectes du sida au niveau de l'État continueront d'être sous estimées, pour ne pas dire imperceptibles. Le deuxième argument porte sur l'absence de mesures des coûts et conséquences de la charge de travail non rémunéré que les femmes et les filles assument de façon disproportionnée, en soignant les malades atteints du sida, y compris les orphelins.

Le troisième argument reconnaît la résilience remarquable des États confrontés à des catastrophes humaines, y compris les maladies épidémiques, et la manière dont la riposte nationale et internationale au VIH/sida a servi à renforcer certains aspects des capacités gouvernementales et de la démocratie. En outre, les indicateurs actuels de fragilité des États tendent à mesurer les changements à court et moyen terme, alors que les impacts du VIH/sida se font sentir à long terme. Étant un phénomène aux répercussions lointaines, et aux conséquences non-linéaires qui interagissent et se renforcent mutuellement, il est difficile d'établir des liens de causalité entre le VIH/sida et la sécurité.

*C'est un lieu commun aujourd'hui d'estimer que le VIH accélère la faillite des États, ce qui à son tour créerait les conditions d'une nouvelle avancée du VIH. La réalité est sans doute plus complexe : les États qui ont les taux les plus élevés d'incidence du VIH en Afrique ne sont pas les États les plus fragiles et certains États fragiles, comme par exemple le Libéria et la Somalie, ne sont pas parmi les États le plus touchés par le VIH.*

Dennis Altman (2007)

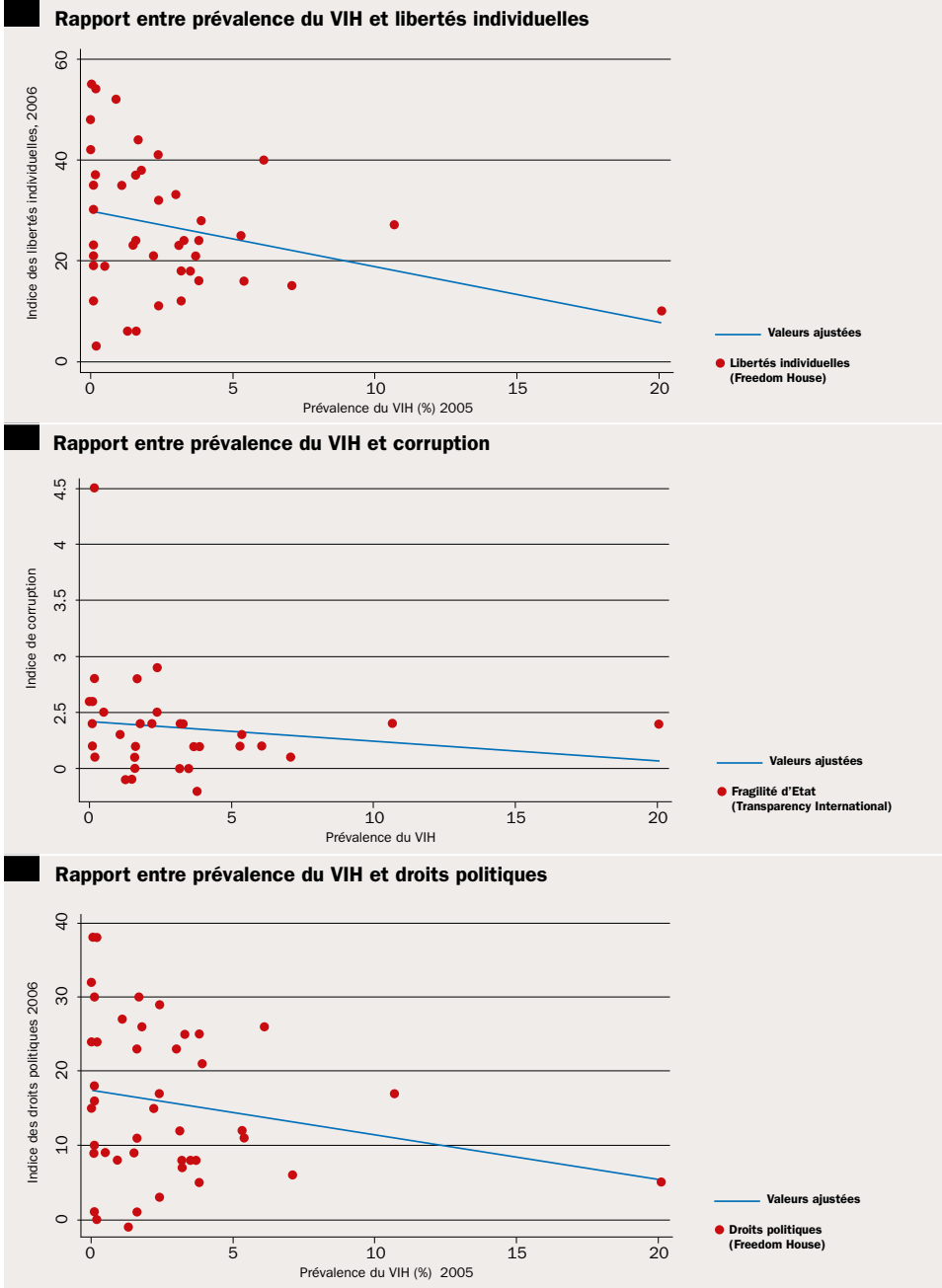
## **2.1 Qu'est-ce que la fragilité?**

Il y a dix ans, on craignait beaucoup que des États entiers ne s'effondrent sous les coups du VIH/sida. Les prédictions de Garrett prévoyant l'émergence de groupes terroristes luttant pour s'approprier les ressources, et les scénarios rappelant le « Seigneur des Mouches » annonçant des orphelins sauvages munis de Kalashnikovs, ne se sont de toute évidence pas produits (de Waal, 2006). Alors que les faits et les données semblent indiquer le contraire : les États avec un haute incidence de VIH ne sont pas les plus fragiles, et inversement certains des États les plus fragiles ont les taux de prévalence les plus bas, la riposte au VIH/sida ayant au contraire renforcé la gouvernance. Les recherches de l'ASCI permettent d'identifier les raisons de ces résultats inattendus en examinant les concepts dominants qui ont trait à la fragilité des États, et les indicateurs qui la mesurent. L'ASCI s'attache aussi à étudier la trajectoire de l'impact et de la résilience à la fois du VIH et des États fragiles.

Deux études menées à la demande de l'ASCI ont permis d'effectuer des comparaisons quantitatives de tous les pays en utilisant les indices standards de fragilité des États, y compris ceux qui ont été développés par la Banque mondiale. Les résultats ne montrent pas dans l'ensemble de corrélation positive entre la prévalence du VIH et la fragilité des États. Au contraire, une augmentation du VIH est associée (mais pas de façon significative) avec une baisse de la fragilité. Cependant, la prévalence de la tuberculose (TB) est associée aux indicateurs de fragilité. (L'étude ne fait pas de distinction entre la TB associée au VIH et les autres formes d'infection de la TB). Barnett & Dutta (2008) ont utilisé les indices de fragilité des États construits à partir des indicateurs de conflit, de corruption et d'autres termes qui sont en corrélation avec la fragilité, et les mesures de prévalence du sida. Dans une seconde enquête, Sato (2008) s'est concentré sur les pays déjà classés fragiles. Plusieurs modèles de régression ont été utilisés à partir de ces données pour faire ressortir des associations significatives mais sans résultat. D'autres études (par exemple Menon-Johansson, 2005) ont utilisé des méthodes quantitatives comparables et sont arrivées à des conclusions inverses, c'est-à-dire qu'il existe une association négative entre le VIH et la qualité de la gouvernance, alors que des analyses basées sur les séries chronologiques (Paxon, 2009) montrent que les liens diffèrent selon la forme que prend la fragilité des États. Dans l'ensemble, ce qui frappe dans ces études, c'est que les conséquences identifiées sont toutes marginales. Les effets dramatiques à moyen terme qui menaçaient il y a dix ans, selon les hypothèses, la survie des États, peuvent être écartés.

**Figure 2.1**

## Rapport entre prévalence du VIH et libertés individuelles, corruption et droits politiques



Source: Sato (2008)

Les études sur la fragilité des États soulignent l'influence des modèles conceptuels et idéologiques appliqués aux États, leur fragilité et la gouvernance. Ces modèles sont souvent fondés sur les théories de modernité et modernisation et adoptent les notions webérienne ou westphalienne de l'État dans la tradition européenne, qui se concentrent sur la souveraineté et le monopole de l'État sur la violence organisée. Ces modèles conviennent mal aux réalités des pays en développement et sont, de plus, peu aptes à rendre compte des modèles hybrides prévalents de gouvernance, tels que les systèmes néo-patrimoniaux que l'on rencontre fréquemment en Afrique sub-saharienne. Barnett (2009) suggère qu'une analyse alternative de l'État aurait pu nous épargner le développement d'un discours trompeur, homogénéisant et « technique » en apparence, sur la fragilité des états et la gouvernance. Au contraire, ce qu'il faudrait c'est une analyse pointue de la diversité existant entre et au sein des États, du rapport entre les classes et autres groupes importants, et du rôle que jouent les inégalités (y compris entre les sexes) dans les structures et idéologies qui caractérisent les États. Des analyses qui tiennent compte des distinctions à faire entre différents types d'États, ont des chances d'arriver à des résultats plus concluants que les analyses généralistes qui servent à évaluer la sécurité de l'État.

Les mesures de fragilité utilisées par les institutions financières et d'aide sont même plus étroites que celles utilisées dans les analyses universitaires et stratégiques, essentiellement parce qu'elles visent à établir des conditions d'attribution de l'aide et des mécanismes de financement. Torres & Anderson (2004, p. 28) proposent trois grandes catégories pour caractériser ces approches:

- 1 Les États fragiles, en échec ou en crise – Ces approches se basent sur une évaluation de la force des États touchant les questions de capacité, souveraineté et conflit.
- 2 Les pays qui réalisent de mauvaises performances. La plupart des institutions financières internationales se focalisent sur les environnements difficiles pour juger les performances d'un pays en matière de développement, tenant compte de la qualité de la gouvernance et des choix de politiques.
- 3 Les partenaires difficiles en matière d'aide – cette démarche met l'accent sur une relation inadéquate entre donateurs et pays bénéficiaires au sujet de l'aide, due tout d'abord à une mauvaise volonté politique de réduire la pauvreté et ensuite à une faiblesse étatique et non étatique des institutions concernant la mise en œuvre des politiques.

La façon dont la Banque mondiale mesure la fragilité des États, est fondée sur un outil diagnostic, le CPIA, qui fait une évaluation politique et institutionnelle d'un pays. Le score obtenu au moyen de cet outil détermine la taille relative des dons et les termes des prêts concessionnels par l'Association interna-

tionale de développement (IDA) de la Banque mondiale. (c'est-à-dire, délai de grâce, échelonnement des remboursements et taux d'intérêt.) Cet outil diagnostique, le CPIA a un seul objectif : déterminer l'aptitude d'un pays à utiliser efficacement l'aide au développement. Celle-ci est évaluée en mesurant la qualité du cadre politique et institutionnel d'un pays - facteurs que la banque considère comme « maîtrisables » par un pays, par rapport aux résultats (tel que le taux de croissance) qui eux son « influencés par des éléments indépendants du contrôle d'un pays » (Banque mondiale, 2009). Il n'est de ce fait pas surprenant que les principaux indicateurs de performance de l'outil diagnostique CPIA se rapportent à la gestion économique, aux politiques structurelles, à la gestion et aux institutions du secteur public, ainsi qu'aux politiques pour l'intégration et l'équité sociales (Figure 2.2). Dû en partie au résultat de ces outils de mesure, les États les plus fragiles ne reçoivent qu'une fraction de l'aide à laquelle ils auraient droit si par exemple, des critères d'équité dans la distribution équitable de l'assistance étaient employés. Une divergence qui explique et même amplifie le faible score des États fragiles.

**Figure 2.2**

**Outil d'Evaluation politique et institutionnelle d'un pays (CPIA),  
Banque mondiale**

<b>Critères d'évaluation de la Banque mondiale (CPIA)</b>
<b>A. Gestion économique</b>
1. Gestion macroéconomique
2. Politique fiscale
3. Politique de la dette
<b>B. Politiques struturelles</b>
4. Commerce
5. Secteur des finances
6. Environnement reglementé des affaires
<b>C. Politiques relatives à l'inclusion/équité sociales</b>
7. Egalité entre les sexes
8. Usage equitable des ressources publiques
9. Développement des ressources humaines
10. Protection sociale et travail
11. Politiques et Institutions relatives à la gestion durable de l'environnement
<b>D. Gestion et institutions du secteur public</b>
12. Droits de propriété et gouvernance réglementée
13. Qualité de la gestion budgétaire et financière
14. Mobilisation efficace du revenu
15. Qualité de la gestion publique
16. Transparence, Responsabilités et Corruption dans le secteur public

Source: Banque mondiale (2009)

Le lien entre VIH et capacités des États, y compris la capacité d'absorber l'aide, est une question importante dans le débat sur le VIH et la fragilité. Des 39 pays qui ont reçu un financement de la Banque mondiale en raison de situations fragiles ou de conflits, 7 seulement étaient parmi les 20 pays qui ont la plus haute incidence du VIH (Banque mondiale, 2008).

Les différents indices donnent des résultats remarquablement différents concernant le classement des États les plus fragiles, une constatation qui montre à quel point il est difficile de s'accorder sur une définition commune du concept et sur des outils d'évaluation. En ce qui concerne le CPIA, la critique principale est l'absence d'indicateurs qui reflètent les questions de sécurité ou les résultats tangibles. D'autres indices internationaux de la fragilité des États, tels l'index des « États faillis », produit par le fonds pour la paix (FFP), ou l'index de « faiblesse des États dans le monde en développement » du Centre pour le développement global du « Brookings Institution » et l'index de « fragilité des États » du centre pour le développement mondial, de l'université George Mason, incluent des indicateurs socioculturels, politiques, économiques et sécuritaires. Toutefois, quel que soit l'indice, le résultat est le même : il n'y a pas de corrélation avec la prévalence du VIH en 2007 (Tableau 2.1). Ce qui illustre la persistance de cette corrélation négative.

Se fondant sur cette documentation, les études menées par l'ASCI ont examiné les différentes manières dont le VIH affecte négativement la gouvernance et la capacité d'un pays à utiliser l'aide à niveau national et local. Les pages qui suivent montrent comment ces impacts peuvent être pris en compte dans l'élaboration de politiques nationales plus efficaces et d'ajustements institutionnels au sein des États fragiles pour une contribution positive au développement et à l'éradication de la pauvreté.

## **2.2 Impacts réciproques entre VIH et gouvernance**

Les effets potentiels du VIH/sida sur la capacité des États dépendent du contexte démographique et de gouvernance ou l'épidémie se propage. En Afrique sub-saharienne, l'impact se mesure en termes de perte de ressources humaines qualifiées et d'une pression supplémentaire sur les systèmes de santé. Ces impacts sont plus prononcés au niveau local. Il semble que dans les populations atteintes d'une hyperendémie du VIH - c'est à dire là où il existe un taux soutenu de 15% d'incidence, comme par exemple en Afrique Australe, l'impact soit lié à la conjugaison d'autres facteurs, dont la pauvreté, l'émigration de travailleurs qualifiés et une crise de la gouvernance. L'impact peut être moins sensible dans les pays où l'économie est à même de pallier aux pénuries en important des personnels qualifiés. Dans le secteur de la santé, le départ de docteurs, d'infirmiers et de sages-femmes a eu des conséquences désastreuses.

**Tableau 2.1****Classement des pays selon la fragilité d'État et la prévalence du VIH**

	Indice de fragilité du Brookings Institution (2008) <sup>1</sup>	Indice de fragilité du Fonds pour la paix (2009) <sup>2</sup>	Classement du CPIA (2008) <sup>3</sup>	Prévalence du HIV (2007) <sup>4</sup>
1	Somalie (0.5%)	Somalie (0.5%)	Zimbabwe (15.3%)	Swaziland (26.1%)
2	Afghanistan (<0.2%)*	Zimbabwe (15.3%)	Érythrée (1.3%)	Botswana (23.9%)
3	République démocratique du Congo (1.5%)*	Soudan (1.4%)	Comores (<0.1%)	Lesotho (23.2%)
4	Iraq (<0.2%)*	Tchad (3.5%)	Soudan (1.4%)	Afrique du Sud (18.1%)
5	Burundi (2.0%)	République démocratique du Congo (1.5%)*	République centrafricaine (6.3%)	Namibie (15.3%)
6	Soudan (1.4%)	Iraq (<0.2%)*	Tchad (3.5%)	Zimbabwe (15.3%)
7	République centrafricaine (6.3%)	Afghanistan (<0.2%)*	Guinée-Bissau (1.8%)	Zambie (15.2%)
8	Zimbabwe (15.3%)	République centrafricaine (6.3%)	Afghanistan (<0.2%)*	Mozambique (12.5%)
9	Liberia (1.7%)	Guinée (1.6%)	Cote d'Ivoire (3.9%)	Malawi (11.9%)
10	Cote d'Ivoire (3.9%)	Pakistan (0.1%)	Togo (3.3%)	Kenya (8.5%)*
11	Angola (2.1%)	Cote d'Ivoire (3.9%)	République démocratique du Congo (1.5%)	République centrafricaine (6.3%)
12	Haïti (2.2%)	Haïti (2.2%)	Angola (2.1%)	République-unie de Tanzanie (6.2%)
13	Sierra Leone (1.7%)	Myanmar (0.7%)	Congo (3.5%)	Gabon (5.9%)
14	Érythrée (1.3%)	Kenya (8.5%)*	Îles Salomon (N/A)	Ouganda (5.4%)
15	République populaire démocratique de Corée (<0.1%)	Nigeria (3.1%)	Timor-Leste (N/A)	Cameroun (5.1%)
16	Tchad (3.5%)	Éthiopie (2.1%)	Haïti (2.2%)	Cote d'Ivoire (3.9%)
17	Myanmar (0.7%)	République populaire démocratique de Corée (<0.1%)	Sao Tomé-et-Principe (N/A)	Congo (3.5%)
18	Guinée-Bissau (1.8%)	Yémen (<0.2%)*	Guinée (1.6%)	Tchad (3.5%)
19	Éthiopie (2.1%)	Bangladesh (<0.1%)*	Kiribati (N/A)	Guinée équatoriale (3.4%)
20	Congo (3.5%)	Timor-Leste (N/A)	Burundi (2.0%)	Togo (3.3%)

\*Valeur estimée - donnée non disponibles; \*\*le rouge indique que le pays se trouve dans les 20 pays ayant le taux de prévalence du VIH le plus élevé.

1. Source: Rice SE, Patrick S. *Index of State Weakness in the Developing World*. Washington, DC, Brookings Institution, 2008 ([http://www.brookings.edu/reports/2008/02\\_weak\\_states\\_index.aspx](http://www.brookings.edu/reports/2008/02_weak_states_index.aspx)).

2. Source: Fund for Peace, *Foreign Policy. Failed States Index 2009*. Washington, DC, Fund for Peace/Foreign Policy, 2009 ([http://www.foreignpolicy.com/articles/2009/06/22/the\\_2009\\_failed\\_states\\_index](http://www.foreignpolicy.com/articles/2009/06/22/the_2009_failed_states_index)).

3. Source: International Development Association. *IDA Resource Allocation Index - 2008*. Washington, DC, World Bank, 2009 (<http://go.worldbank.org/S2THWI1X60>).

4. Source: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). *A global view of HIV infection, 2007 [wall chart]. 2008 Report on the Global AIDS Epidemic*. Genève, ONUSIDA, 2009. ([http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/GR08\\_2007\\_HIVPrevWallMap\\_GR08\\_en.jpg](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/GR08_2007_HIVPrevWallMap_GR08_en.jpg)).

En 2003, le Secrétaire général des Nations Unies parlait de la « triple menace » du sida, de l'insécurité alimentaire et de la faible capacité des États, se référant plus particulièrement à l'Afrique australe (Nelson, 2003). Des recherches récentes mettent en lumière les contours de la crise. Whiteside & Whalley (2007) et Naysmith, de Waal & Whiteside (2009) démontrent comment la présence conjuguée de ces tensions a créé une situation « d'urgence » à long terme au Swaziland. Price-Smith (2007) présente des arguments similaires concernant le Zimbabwe et a réuni des données probantes sur les effets négatifs - qui vont de modéré à significatif, sur l'économie du pays, la stabilité sociale et les structures de gouvernance, et éventuellement, la sécurité de l'État. Barnett (2009, p.10) cependant, engage à ne pas généraliser à partir de cas extrêmes comme ceux du Swaziland et du Zimbabwe pour en tirer des conclusions au sujet des impacts possibles sur des États plus grands et mieux gouvernés (Barnett, 2009, p. 10).

Dans les États du Manipur et du Nagaland du nord-est de l'Inde, Jacob (2008) démontre que l'épidémie a un impact modeste mais mesurable sur certains éléments de la gouvernance, dû surtout à la faiblesse de l'éducation consécutive à un enseignement irrégulier et des retraites prématurées. Le secteur de la santé semble moins touché, mais les preuves sont contrastées et aucun impact n'a été identifié sur le secteur électoral. Jacob indique l'existence d'autres facteurs plus significatifs, comme par exemple l'insurrection. Il en conclut qu'il faudrait de nombreuses années avec un niveau plus élevé de prévalence du VIH pour que les conséquences entravent la gouvernance, les effets adverses étant atténués du fait que ces États font partie de la République indienne, beaucoup plus vaste et susceptible d'absorber le choc sur la gouvernance dans ses petits États, sans que cela menace la stabilité de l'ensemble.

Dans la Fédération russe, où la population est en déclin et l'état de santé, médiocre, continue à se détériorer, des taux relativement faibles d'incidence du VIH/sida sont susceptibles d'avoir des effets importants et délétères sur la réserve de capital humain dont disposent les institutions clés, par exemple l'armée. En Afrique Australe et en Afrique de l'Est, où les taux de fécondité sont élevés et où la population continue de croître, l'impact est différent, et d'autres facteurs intermédiaires cruciaux liés à la démographie interviennent, telle l'émigration des personnels qualifiés.

L'inquiétude suscitée concernant l'ancienne Union soviétique et l'analyse des données soviétiques ont été le point de départ du paradigme qui lie santé et faillite de l'État. Murray Feshbach, un de ceux qui tiraient l'alarme il y a presque un quart de siècle au sujet des taux de mortalité infantile en Union soviétique, a mis ses recherches à jour pour l'ASCI. Feshbach (2008) évalue l'interdépendance entre démographie, santé et armée dans la Fédération soviétique. Se basant sur des données datant de 1987 à ce jour, il démontre que des changements dramatiques dans l'état de santé de la population russe ont

eu un impact négatif sur les militaires et ont de ce fait affecté la gouvernance. En particulier la baisse des naissances a entraîné une diminution du nombre de recrues susceptibles d'être enrôlées pour le service militaire. On pense que la qualité et la quantité des recrues sont toutes deux en baisse, mais jusqu'à présent, la Fédération russe n'est pas guettée par l'instabilité. En plus du VIH, Feshback a enquêté sur la TB, les problèmes mentaux, l'addiction aux stupéfiants et l'alcoolisme en termes de fardeau sur la population. Les projections et l'évaluation qu'il fait suggère que même si le VIH pose un problème inquiétant, il faudrait apporter des solutions à un grand nombre d'autres problèmes de santé si on veut renforcer l'armée et la population en général. Ce que cette analyse indique c'est que, bien que la Fédération russe ne risque pas d'être confrontée à une crise majeure du fait du VIH, ou de toute autre maladie, il y aura des obstacles majeurs à l'ambition du gouvernement russe de retrouver sa place sur la scène internationale.

### **2.2.1 Gouvernance locale et sida**

Les études menées par l'ASCI font état des impacts significatifs du VIH/sida sur les administrations et collectivités locales. A force de concentrer l'attention uniquement sur des phénomènes à niveau national, on risque d'ignorer l'impact désastreux de l'épidémie sur les capacités des administrations locales à représenter leur circonscription et à faire face à une demande accrue de services. Au moment où les institutions internationales de financement et de développement continuent de promouvoir un processus de décentralisation, les implications se révèlent plus alarmantes. L'étude réalisée par Smith en Papouasie (2008) attribue l'exacerbation des problèmes liés à la prestation des services en partie au transfert de responsabilité à l'administration locale des programmes du VIH/sida. Bien qu'on observe une augmentation du financement pour la lutte contre le VIH/sida acheminée d'en haut, Smith constate un déclin des dépenses locales liées au VIH/sida, dû à la concurrence d'autres dépenses prioritaires ou à la corruption. Smith démontre également comment des réformes du système d'administration locale influent sur la trajectoire de l'épidémie au niveau des provinces. Au même moment, les changements économiques rapides tels que la croissance de nouveaux centres urbains associés au gouvernement central, les entreprises minières et les pôles de transport, sont entrain de modifier le profil des moyens d'existence et des communautés. Les risques liés au VIH sont maintenant associés à l'influx d'une main d'œuvre de travailleurs migrants masculins et à l'augmentation connexe de rapports sexuels transactionnels ou commerciaux. Smith associe également un risque accru de contraction du sida au taux alarmant de violences domestiques contre les femmes, le plus haut de la région, et une incidence élevée d'hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et des femmes, mais ne se déclarent pas homosexuels ou bisexuels. Les études menées à la demande de l'ASCI en Afrique du Sud révèlent que les institutions des administrations locales subissent des tensions et pertes humaines à cause de l'hyper-endémie du VIH. Ce qui à son tour réduit la qua-

lité des services et diminue la capacité du gouvernement à réagir efficacement (Chirambo & Steyn, 2008). De semblables dysfonctions des services relevées dans différents secteurs y compris dans l'éducation, la santé et l'agriculture ont été constatées dans d'autres régions de l'Afrique subsaharienne (CHGA, 2008). Chirambo & Steyn (2008) ont remarqué l'existence de « fissures » dans les administrations locales en Afrique du Sud, qui contribuent à perturber la prestation des services au public. Dans un échantillon de 12 municipalités à travers le pays, la plupart des conseillers locaux sur qui portait l'enquête ont admis que le fait de révéler qu'on était séropositif pouvait détruire une carrière politique. L'étude a noté également un taux élevé récurrent de mortalité dans la tranche d'âge de 29 à 42 ans chez les conseillers municipaux, une augmentation des congés maladie, et une productivité déclinante chez les conseillers municipaux du bas de l'échelle salariale. En dépit de l'existence de services d'assistance, de dépistage et de conseil volontaires, peu de consultations avaient lieu.

Chirambo & Steyn concluent que la peur de la stigmatisation et de la discrimination a influé sur certaines attitudes sociales envers le VIH/sida, ce qui peut expliquer la sous-utilisation des services liés au VIH, y compris le traitement et le retrait inexplicé des conseillers municipaux de leurs fonctions publiques. Cela a eu des conséquences pratiques sur la représentation de certaines communautés dans les administrations locales, limitant ainsi les possibilités d'une décentralisation efficace des services. Chirambo & Steyn suggèrent que le VIH est l'un des nombreux facteurs qui érodent les compétences et le leadership nécessaires pour qu'une administration locale puisse fonctionner et répondre aux attentes de sa circonscription. Une augmentation constante des coûts, le roulement du personnel et les ruptures au niveau de la représentativité ne peuvent peut-être pas entraîner une crise aiguë des gouvernements, mais ils sont assez graves pour justifier une intervention et un appui ciblé de façon à ce que les administrations locales puissent assumer leurs fonctions plus efficacement face à l'épidémie.

### **2.2.2 Repenser la démocratie dans le contexte du VIH/sida**

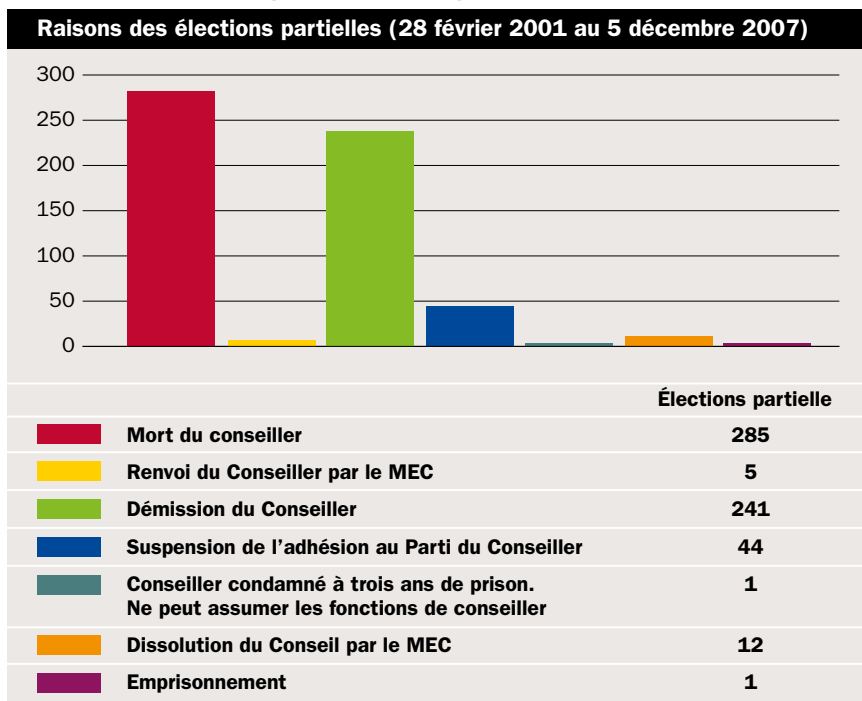
Reconnaissant l'interaction entre le VIH et la gouvernance, l'ASCI s'est aussi attachée à évaluer l'influence de la gouvernance sur le VIH/sida et a constaté l'écart existant entre l'impact ressenti à niveau national et à niveau local dans tous les secteurs de la gouvernance. Les résultats des études montrent que certains éléments du gouvernement central peuvent rester stables alors même qu'on assiste à une crise prolongée des communautés. L'Afrique du Sud, le Botswana, le Lesotho et le Swaziland servent d'exemples à cet égard. La capacité de l'État et la gouvernance sont les plus forts indicateurs de bonne performance au moment d'adopter les meilleures pratiques dans les politiques de lutte contre le sida (Strand, Kinney & Mattes, 2008), en dépit d'exceptions comme en Afrique du Sud. Des études de cas portant sur l'efficacité et l'inefficacité des ripostes nationales parviennent à la même conclusion, surtout celles menées au Cambodge, en Afrique du Sud et en Tanzanie

(2009) par le JLICA (Initiative conjointe de recherche sur les enfants et le VIH/sida). Ces études illustrent la nécessité qu'ont les gouvernements dont les capacités sont restreintes, d'appliquer des mesures simples et de le faire efficacement. Pour de tels États, la priorité est de mettre en œuvre des politiques aux buts clairement définis, de garantir, si possible, des soins universels et de se concilier un soutien populaire.

Les défis posés par l'application du traitement antirétroviral (TARV) dans une situation de faible gouvernance ont été détaillés pour le Mozambique (Høg, 2008) et Haïti (Weigel, 2008) L'application du traitement antirétroviral au Mozambique doit être placée dans le contexte historique unique des luttes de libération et du fort attachement national à un système de santé socialiste. L'étude de Høg montre comment le gouvernement élu du Mozambique cherche à renforcer et soutenir sa légitimité en optant pour des services de santé publics plutôt que privés pour tenir ses promesses. Il note que « Frelimo semble appliquer ces stratégies pour asseoir sa légitimité dans tout le pays » et que « l'engagement politique pour un système de soins gratuits est devenu un contrat social et une promesse solennelle de l'État au peuple du Mozambique » (2008, p.35). Dix sept ans après la fin de la guerre civile, le Mozambique ne peut plus être vu comme un État en transition, et il n'est pas considéré fragile.

**Figure 2.3**

**Justification d'élections partielles en Afrique du Sud, 2001-2007**



Source: Chirambo & Steyn (2008)

Mais le Mozambique est un pays extrêmement pauvre où les choix politiques et les résultats sont grandement déterminés par le manque de ressources. L'étude de Høg suggère que le gouvernement du Mozambique accorde la primauté à sa souveraineté plutôt qu'à ses politiques nationales (en matière de santé) et au processus de développement. Ce qui semble correspondre à la sagesse professée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui veut que la prestation des services soit une source de légitimité (OCDE, 2008). En arguant que la capacité d'État reste limitée et que d'autres fournisseurs de services sont requis dans le secteur de santé, Høg pose la question intéressante de savoir si la politique d'évitement du gouvernement au regard des services de soins privés, dans le contexte d'une faible capacité de l'État à combler les lacunes qui en résultent, ne serait pas responsable d'une certaine forme de fragilité.

Il est vrai également que les États considérés le moins démocratiques au regard de leur approche des droits humains, peuvent avoir un taux inférieur de VIH. Par exemple Cuba a été félicité pour ses résultats concernant le VIH/sida, mais critiqué pour ses méthodes. Parameswaran (2004) attribue le succès de Cuba, qui a une des incidences les plus faibles du VIH dans le monde - un trentième de celle des États-Unis, à la stricte application des mises en quarantaine et d'un système à infirmerie. Pendant la récession de 1990 cependant, cette approche a connu son succès populaire au vu des dispositions du gouvernement qui accordait la gratuité des soins, plus nourriture et salaire. En 1993 les personnes ont eu la possibilité de partir mais la plupart ne l'ont pas fait à cause des soins impeccables qu'elles recevaient. Cuba maintenant fabrique son propre traitement antirétroviral et est en passe de devenir un pôle de production pour les autres pays en développement.

Les conclusions principales d'un projet de Justice Africa sur le VIH et la démocratie en Afrique (de Waal, 2006b) montrent que, contrairement aux attentes que la propagation du VIH coïnciderait avec une régression de la démocratie et une augmentation des exactions contre les droits humains, les années de l'épidémie ont été témoins d'une augmentation de la démocratie et des activités de la société civile en Afrique subsaharienne. Malgré un recul net dans des pays tels que le Zimbabwe et un décrochage de la démocratie après 2005, tous les indicateurs des droits humains et de bonne gouvernance font état de progrès dans la région. La principale cause peut être imputable au fait que la riposte internationale s'est concentrée sur les droits humains et la société civile. L'efficacité de cette démarche concernant le contrôle de l'épidémie peut être mise en cause, mais on ne saurait écarter les pressions exercées pour promouvoir une certaine vision de la bonne gouvernance. Il serait erroné cependant de ne voir dans la riposte qu'une promotion des forces de la démocratie contre l'instinct répressif des États, ayant pour résultat une extension des libertés civiles. L'assistance internationale a pu être plutôt une forme de patronage encourageant des entrepreneurs locaux à rechercher la protection et les moyens d'existence de sponsors étrangers. Les donateurs internationaux

deviennent ainsi des acteurs politiques locaux et créent des formes hybrides de gouvernance nationale (Englund, 2006).

Au Myanmar, où le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme s'est abstenu d'intervenir (fait unique) pour des raisons de gouvernance, les études de l'ASCI démontrent que des initiatives limitées sont possibles. L'étude de Khin (2008) sur les politiques liées au VIH/sida au Myanmar, fait état des stratagèmes utilisés par les organisations non gouvernementales locales et les représentants du gouvernement pour traiter avec un gouvernement répressif qui n'autorise aucune manifestation de la société civile, surtout si elle a des contacts internationaux ou défend les droits de l'homme. Même dans un tel contexte, il y a place pour de modestes interventions.

Altman (2008) se demande si ce sont les pressions communautaires ou gouvernementales qui comptent le plus dans la réduction de la prévalence du sida. Dans la plupart des pays de l'Asie du Sud-est où il a enquêté, il s'est avéré qu'un leadership émergeait au niveau des organisations locales et que l'appui des agences extérieures était important. Il prévient cependant que les gouvernements peuvent avoir recours à des incitations perverses et appuyer les programmes contre le sida parce que le sujet est « à la mode », sûr de ramener des fonds. En résumé, Altman identifie quatre éléments qui affectent la riposte nationale au VIH : (1) l'ampleur ou l'ampleur présumée de l'épidémie ; (2) le fonctionnement de la bureaucratie ; (3) les pressions extérieures, y compris des organisations internationales, des donateurs, de la société civile et des médias ; (4) les habitudes sociales et sexuelles. Altman suggère que ces facteurs doivent être analysés - en tenant compte des variations entre pays, si on veut une image complète des ripostes politiques en Asie du Sud-est.

L'État haïtien ne possède en apparence ni la volonté ni la capacité de mettre en œuvre des programmes de lutte contre le VIH. Les services de santé de l'État sont pour ainsi dire inexistantes. L'étude pour l'ASCI menée par Weigel (2008) critique l'ambitieux programme du PIH, (Partners in Health), qui vise à fournir des soins médicaux de haute qualité à certaines des communautés les plus indigentes et démunies. Le modèle du PIH est fondé sur le développement des infrastructures sanitaires gouvernementales et sur la formation d'« accompagnateurs », promoteurs de santé dans le cadre des services de santé locaux. Les critiques du modèle du PIH font valoir qu'il est difficile de reproduire à niveau national un projet conçu à petite échelle. Le taux de prévalence du VIH en Haïti a diminué passant de 4% en 2003 à 2,2% en 2007. On ne saurait attribuer ce succès ni aux programmes nationaux ni au PIH, qui n'ont ni la capacité ni la portée nécessaires pour atteindre pareil résultat. La réduction du taux de prévalence du VIH en Haïti ressemble à celle constatée au Zimbabwe qui a réussi à baisser son taux de VIH au moment où tous les observateurs prédisaient le contraire, étant donné qu'on assistait à une implosion de l'économie et une régression de la gouvernance qui faisaient reculer pratiquement tous les autres indicateurs.

### **2.3 Communautés fragiles et VIH/sida**

Une conclusion à laquelle parviennent régulièrement les chercheurs est que l'interaction entre le VIH/sida et d'autres sources de tension conduit à une grave crise communautaire. Ces crises sont définies localement, varient et n'obéissent à aucun schéma unique. La « triple menace », VIH, insécurité alimentaire et faible capacité d'État, dont parlait l'ancien Secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, est un cadre encore valable aujourd'hui si on veut comprendre la crise dans les sous-régions de l'Afrique australe. De la même manière en Asie du Sud-est et dans le Pacifique, les chercheurs préfèrent se concentrer sur l'impact du VIH sur les communautés plutôt que sur les États. L'hypothèse d'une « nouvelle variante de la famine » (de Waal & Whiteside, 2003) est fondée sur l'idée centrale que les mécanismes mis en place pour faire face et gérer les tensions dépendent du travail et des compétences d'adultes actifs, surtout les femmes, et si elles contractent le VIH, on ne peut plus compter sur la capacité qu'ont les familles et les communautés à résister aux tensions. Naysmith, de Waal & Whiteside (2009) affirment que c'est ce qui s'est produit au Swaziland, sur une longue période de temps.

Les conclusions du JLICA (2009) montrent combien la famille et les structures de parenté ont absorbé le fardeau socio-économique du VIH/sida. Cela a pu se faire grâce à de remarquables ajustements de la structure familiale, les ménages s'étant en fait élargis, si bien qu'il y a peu, contrairement aux stéréotypes, d'enfants chefs de famille, ou de foyers où on saute une génération, comme le voudraient les stéréotypes. Ce sont les femmes qui ont assumé de façon disproportionnée le poids - non encore estimé, de ce fardeau.

Le fardeau le plus significatif est celui des soins associés au VIH. Akintola (2008) rapporte que les gouvernements encouragent les soins à domicile pour réduire les dépenses encourues en milieu hospitalier et libérer la place pour d'autres maladies. L'ONUSIDA estime que jusqu'à 90% des soins sont prodigués à la maison par des femmes et des filles qui fournissent une aide physique et psychologique (ONUSIDA, Coalition mondiale sur les femmes et le sida, 2005). On considère souvent comme allant de soi que les femmes prodiguent et continuent de prodiguer des soins non rémunérés aux membres infectés et affectés des familles et de la communauté. Dans de nombreux cas les structures de parenté sont poussées au-delà de leurs limites. Le terme de « résilience » est vite devenu un euphémisme qui couvre l'absence d'un système de soins et traitement fournis par l'État.

Seekings (2009) note le déclin du foyer conjugal en Afrique du Sud et les limites évidentes de la famille étendue et de l'appui communautaire, surtout du côté paternel. Une claire majorité de femmes africaines entre 20 et 59 ans vivent dans des foyers qui vivent de subventions, et près d'un quart des femmes africaines dépendent entièrement de leurs proches. L'appui reçu est sous forme de logement, de nourriture et de soins, ou de pensions. Cependant Seeking constate que ces liens existent surtout du côté maternel et ne sont

souvent pas fiables, les parents proches ayant la précedence dans le cas de l'administration de soins.

A mesure que les familles et les communautés répondent à ces défis, l'impact de ces pressions supplémentaire sur le bien-être des individus, sur leurs succès scolaires, leur entrée sur le marché du travail ou leur expérience des violences sexuelles est peu connu. Dans l'élaboration des politiques, peu d'attention a été accordée à l'impact distinct sur les femmes et les filles par rapport aux hommes et aux garçons. Dans les zones de conflit, on rapporte de plus en plus de cas de familles où les enfants sont vendus ou contraints de gagner de l'argent par quelque moyen que ce soit, y compris la mendicité, le petit commerce de rue ou la prostitution, et de jeunes femmes dans des conditions d'impuissance extrême condamnées à entrer dans des partenariats avec des membres des groupes armés (D'Awol, 2008; Seckinelgin, Bigirumwami & Morris, 2008).

Alors qu'il rejette formellement les scénarios apocalyptiques prévus il y a dix ans, Barnett (2006 ; 2009) soulève des questions importantes concernant les conséquences à long termes du VIH/sida sur la cohésion sociale. Il se focalise sur des questions auxquelles la recherche ethnographique répondra au cours des années à venir. Par exemple, bien que la crainte qu'un grand nombre d'enfants rendus orphelins par le sida allaient grandir en dehors d'un contexte familial ne se soit pas concrétisée, (JLICA 2009), on en sait peu sur la nature de l'éducation reçue et du type de liens familiaux des enfants adoptés ou membres de familles élargies, et les effets psychosociaux. La façon dont les messages qui prônent des changements de comportement impactent les habitudes et les valeurs mérite aussi examen. Mabala(2008) décrit comment de jeunes femmes en Tanzanie qui sont continuellement exposées aux avances et au harcèlement sexuel choisissent souvent le patronage d'un seul « sugar daddy » un protecteur âgé, plutôt que d'être la proie des gangs de rue, de l'école ou des marchés. Mais les messages de prévention qui prônent l'abstinence, contribuent à ce que l'individu intériorise un sentiment de culpabilité à se sentir « concupiscent » Les jeunes femmes risquent aussi de stigmatiser la génération de leurs parents qui auraient « fauté » et violé des tabous. Des changements subtils et à long terme dans les valeurs, tels que ceux-là, pourraient avoir des effets sur plus d'une génération à venir.

#### **2.4 La dimension sexospécifique de la fragilité des États et le risque lié au VIH**

Baryanyi & Powell's (2005) ont passé en revue les perspectives des donateurs concernant les États fragiles et ont constaté qu'aucun des donateurs n'incorpore systématiquement une dimension sexospécifique dans ses considérations. Ils vont plus loin et suggèrent que cette négligence pourrait saper l'efficacité des stratégies concernant la fragilité des États. Les économistes féministes sont de cet avis. Johnston (2008) conclut que les modèles macro-

**Figure 2.4**

**Petite ville sud-africaine subissant les conséquences du sida**



Crédit: Joao Silva/The New York Times/Redux

économiques du VIH/sida sous-estiment l'impact de l'épidémie sur la croissance et le développement parce qu'ils ne distinguent pas les effets des taux de morbidité élevés des femmes et des hommes sur les communautés, ignorent la segmentation fondée sur le sexe dans le marché du travail, et ne considèrent pas l'impact d'une demande accrue du secteur des soins sur la production marchande et non marchande.

En se fondant sur une documentation croissante de la recherche dans les sciences sociales, l'ASCI réaffirme le fardeau que fait peser le sida sur l'organisation familiale des soins. Le coût et la valeur des soins administrés dans les zones touchées par le VIH, ne sont pas pris en compte dans la planification macroéconomique et par secteur, dans les programmes pour l'emploi, les politiques de protection sociale et sur le lieu de travail, ou dans les réformes et coûts des systèmes de santé. Les effets à long terme de cette charge accrue qui pèse sur les femmes, n'ont pas été évalués en termes d'opportunités perdues en matière d'éducation, et de changements dans le statut économique, politique et social de la femme. Bien que les femmes soient chargées de s'occuper de leurs familles et leurs communautés en état de stress, le travail des femmes dans la sphère domestique n'entre presque jamais dans les statis-

tiques officielles. L'augmentation du fardeau porté par les femmes risque de rester ignoré jusqu'au point de rupture.

Le quatrième chapitre de ce rapport appelle à une reconnaissance immédiate de la violence surtout de la violence sexuelle comme facteur physiologique et social lié au risque du VIH. Les chercheurs ont également attiré l'attention sur le fait que le risque qu'encourent les femmes de contracter le VIH est peut-être déterminé plus sensiblement par des réformes au niveau du secteur de santé et des politiques dans le domaine des transports, de l'éducation et à niveau macroéconomique que par une seule intervention propre au VIH. Sans un appui et des politiques gouvernementales qui soutiennent les droits des femmes à la propriété, à l'éducation, aux moyens d'existence et à l'accès aux soins, les rapports sexuels transactionnels non protégés risquent d'être la seule alternative de survie. (Klot & Nguyen, 2009).

## **2.5 États fragiles : conclusions**

Le sida a de toute évidence des impacts à long terme qui peuvent prendre différentes formes et se répercuter sur des générations. Barnett (2006) distingue le VIH des événements qui ont des conséquences à court terme, comme les poussées d'autres maladies infectieuses.

La distinction est subtile mais importante. Prenons une maladie infectieuse qui a une courte période d'incubation et un taux de mortalité élevé - par exemple le choléra. Cela a des conséquences à long terme dans la mesure où des personnes meurent et en laissent d'autres seules, démunies. Mais l'événement lui-même est de courte durée. Nous savons que la maladie va se propager peu après son apparition et nous y répondons le mieux possible par le biais de mesures de santé publique, de vaccination et du traitement des personnes infectées. Il en va de même pour une catastrophe naturelle telle une éruption volcanique ou le tsunami de 2004 en Asie. Là aussi les effets se font sentir immédiatement et la nécessité d'une riposte est tout de suite évidente (p. 302).

Les recherches entreprises par l'ASCI et l'expérience à niveau mondial au cours de la dernière décennie montrent que la pandémie du VIH/sida n'est pas entrain de mener à l'effondrement de la sécurité nationale dans les grands pays et les pays de taille moyenne. Sa trajectoire mondiale s'est également modifiée. Les taux d'infection ont cessé de grimper, à l'échelle mondiale et dans la plupart des pays. La menace que fait peser le VIH sur les États est différente.

La simple diversité des formes que prend l'épidémie du VIH dans le monde et les États considérés fragiles, et la façon dont ces facteurs interagissent, soulignent l'importance de mettre en contexte les liens spécifiques réciproques entre le VIH et la faiblesse de la gouvernance. Il est difficile de générali-

ser. L'ONUSIDA a lancé une mantra : « connais ton épidémie » mais il est tout aussi important de connaître ton cadre social, économique et politique (Buse, Dickinson & Sidibé, 2008). Les administrations locales et certains secteurs du gouvernement peuvent être durement touchés par le VIH/sida, et le type et la qualité de la gouvernance peuvent influencer sur la direction que prend l'épidémie. Ces dimensions ne sont pas prises en compte dans la catégorisation habituelle de l'épidémie, qui est fondée sur les comportements individuels en tant que catégories génériques plutôt que contexte socio-politique (Barnett, 2009, p. 23-24). Le résultat est que des pans entiers d'intervention possible sont largement négligés.

**Figure 2.5**

**Sida et tradition laissent les familles africaines démunies**



Crédit: Jeffrey Barbee/The New York Times/Redux



### 3. Secteur sécuritaire et VIH/sida

---

Dans le secteur sécuritaire, les recherches de l'ASCI évaluent les risques particuliers que le VIH/sida fait peser sur les capacités opérationnelles des armées, affectant l'efficacité au combat, la cohésion des unités, le moral et la discipline, et la qualité du capital humain. Il y a tout lieu de croire que la prévalence du VIH dans les armées est liée à une constellation de facteurs, comprenant l'âge, le rang et les années de service, la maturité de l'épidémie, la prévalence dans les lieux de déploiement, les structures du commandement, le répertoire institutionnel des violences, et la violence sexuelle dans les rangs. Les recherches montrent également qu'il existe des lacunes très importantes dans la connaissance du secteur de sécurité, surtout en ce qui concerne les forces irrégulières et les autres services en uniforme, y compris les forces de l'ordre, les douanes, la marine, l'immigration et les établissements pénitentiaires. D'autre part, les programmes de désarmement, de démobilisation et de réintégration (DDR) sont une cible importante et longtemps négligée pour la prévention et la riposte liées au VIH surtout parmi les militaires et familles élargies, et les femmes et les enfants associés aux forces armées. L'ASCI à travers les études menées, conteste les théories conventionnelles du « noyau central » et démontre comment dans certaines situations, des éléments du secteur sécuritaire soutiennent et déterminent en fait la forme que prend l'épidémie.

Dans ses conclusions l'ASCI offre plusieurs directions pour le choix d'orientations politiques. La première est le concept important d'« approche centralisée du commandement » (ACC) à la prévention du VIH et au traitement du sida, qui déplace le centre de responsabilités en matière des politiques concernant le VIH, des services médicaux au commandement militaire. La seconde suggère la nécessité d'un dialogue équilibré sur les tests de dépistage obligatoires, qui sont pratiqués dans la majorité des armées pour des raisons qui semblent évidentes au haut commandement, mais ne se justifient pas entièrement dans le contexte des droits humains et des politiques officielles liées au VIH. La troisième est l'importance des forces de l'ordre sur la trajectoire de l'épidémie, surtout parmi les consommateurs de drogue injectable et les professionnelles du sexe.

---

*Un petit nombre, certes grandissant, de cadres militaires et politiques chargés de la défense ont pleinement compris la nécessité d'aborder les problèmes liés au sida et se sont investis dans la lutte d'une façon que nous espérons soutenue. Mais nous sommes encore très loin du moment où le sida sera devenu partout une préoccupation majeure des armées.*

Peter Piot, ancien Directeur Exécutif de l'ONUSIDA (2005)

### **3.1 Le VIH/sida et l'armée**

Le VIH/sida chez les soldats et la riposte des militaires sont mal compris. La question est propice au malentendu, les militaires ont été réticents à communiquer leurs données et n'ont pas toujours fourni une information complète sur leurs politiques. La recherche de l'ASCI vise à combler des lacunes cruciales au niveau des preuves et de l'analyse.

#### **3.1.1 Le taux de VIH chez les soldats**

Le fait que les soldats auraient un taux de maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH deux ou cinq fois supérieur au reste de la population et même des taux plus élevés en temps de conflit, n'est plus, comme on le croyait il y a dix ans une vérité incontestable (ONUSIDA, 1998). Ces généralisations alarmantes s'appliquaient principalement aux forces armées africaines et annonçaient la dissolution des structures du commandement, la perte d'officiers expérimentés et une accélération potentielle de la propagation du VIH dans toute la population et parmi les personnels des missions de la paix (Yeager, 2000; Singer, 2002). Au vu d'un vaste faisceau de preuves et de recherches (Whiteside, de Waal & Gebre-Tensae, 2006; Lowicki-Zucca, Karmin & Dehne, 2009), le débat a été rouvert concernant un grand nombre de ces premières suppositions sur les effets réciproques et l'interdépendance du VIH et de l'insécurité.

Aux premiers stades de l'épidémie en Afrique, à l'époque où le taux de prévalence était très bas au sein de la population générale, il est possible que les personnels en uniforme aient eu un taux beaucoup plus élevé de VIH (cf. ONUSIDA, 1998). Cependant, une étude menée à la demande de l'ASCI montre que la situation en général est plus complexe et moins alarmante qu'on ne le pensait. Par exemple, parmi les nouvelles recrues de l'infanterie, la plupart venant de milieux défavorisés et ruraux, les taux de VIH peuvent être inférieurs à ceux de la population générale, mais parmi les soldats qui ont accompli de longues années de service, y compris le corps des officiers, les taux peuvent être plus élevés que chez leurs équivalents civils (Whiteside, de Waal & Gebre-Tensae, 2006; CPRD, 2008). La différence des taux de prévalence au sein des armées, entre les armées, et entre les armées et la population générale

dépendent d'une série de facteurs, y compris la nature et le stade atteint par l'épidémie, la composition démographique des forces armées, la consommation de drogue et d'alcool, les déploiements militaires et la déontologie, et les politiques et pratiques militaires liées au VIH/sida, y compris dans certains cas l'exclusion de ceux qui se révèlent séropositifs (Elbe, 2003). Le risque d'infection dépend en outre de la disponibilité des préservatifs et du traitement des IST. Ward (2008) cite aussi l'importance de tester adéquatement les banques de sang qui servent à administrer les premiers soins en cas de blessures graves au sein des troupes. Dans leur récente étude statistique des données de 21 armées africaines, Ba et al. (2008) ont confirmé que le taux de prévalence est très variable parfois comparable, parfois sensiblement plus élevé que celui de la population générale.

Cette enquête, ainsi que d'autres, montre qu'il faut traiter avec prudence les chiffres qui font état du taux d'infection du VIH dans les armées. La fiabilité des données reste une grave préoccupation. La susceptibilité, le secret et les stigmates qui entourent le VIH au sein des services en uniforme ont concouru à créer des lacunes importantes concernant la connaissance des taux d'infection. Il y a par ailleurs souvent une grande réticence à communiquer les données existantes. Une étude menée par l'ASCI dans cinq pays d'Amérique centrale qui admettent des taux officiels très faibles de prévalence, montre que les chiffres rapportés à niveau national sont souvent en deçà de la réalité. (Kruijt & Balconi, 2008). De plus, sans tests systématiques de dépistage dans les armées (ou la police), il n'y a pas de chiffres fiables. Les cas ne sont avérés que si les individus séropositifs admettent d'eux même leur séropositivité (Kruijt & Balconi, 2008). De plus il y a une carence absolue de données concernant le VIH chez les soldats démobilisés et leurs partenaires, ainsi que chez ceux qui ont servi dans les missions de la paix après leur déploiement militaire.

Comparer les taux d'infection des soldats en activité avec celui des populations civiles détourne des questions importantes. En simples termes démographiques quantitatifs, les deux groupes ne sont pas comparables. Les taux doivent être ajustés selon l'âge, et si l'on en croit certains arguments, également selon l'endroit et le statut socioéconomique. Les comparaisons entre des soldats en activité, et, par exemple, les travailleurs migrants ou les employés du secteur public donnent des résultats plus intéressants. Cependant, des recherches et analyses plus utiles devront se concentrer sur les circonstances particulières et les raisons qui font que certaines armées ont bien mieux réussi que d'autres à maintenir des taux très bas de prévalence.

Bon nombre de raisons ont été avancées pour expliquer le taux relativement élevé du VIH chez les soldats. Dans certains pays, (par exemple dans la Fédération de Russie) l'augmentation du taux de risque dépend de l'état de santé déclinant des segments de la population d'où sont recrutés les soldats et de l'augmentation de la consommation de drogues injectables (Feshbach, 2008). Une fois enrôlés, les soldats sont affectés dans des endroits où le taux de ris-

**Figure 3.1**

**La riposte au sida dans les armées : clé de la stabilité dans de nombreux pays**



Crédit: Joao Silva/The New York Times/Redux

que d'infection à VIH peut être plus élevé que dans leur région ou pays d'origine. Ils sont souvent relativement bien payés, se sentent parfois seuls et s'ennuient dans des zones où la population civile environnante est en comparaison démunie. Une situation qui dans de nombreux cas favorise un niveau élevé de sexe transactionnel (CPRD, 2008).

En l'absence d'une hiérarchie forte qui mette en œuvre les politiques appropriées et transmettent les messages adéquats, le comportement des soldats sexuellement actifs peut être gouverné par la pression des pairs et les normes en vigueur au sein de petites unités. Dans certains cas, les soldats sont incorporés à une culture hyper-masculine qui récompense la prise de risque et un sentiment d'invincibilité, où les rapports sexuels, peut-être surtout non protégés, sont considérés comme un signe de virilité et une compensation à l'aridité émotionnelle de la vie professionnelle militaire (Elbe, 2003; Patel & Tripodi, 2007). Okulate, Jones & Olorunda (2008) constatent que le personnel militaire séropositif est moins susceptible que le personnel séronégatif d'utiliser des préservatifs systématiquement avec des professionnelles du sexe et des partenaires occasionnelles. Dans d'autres cas, le risque d'infection à VIH est associé à l'alcool, la marijuana et la consommation de drogues injectables. Dans une large étude de cohorte au sein du personnel militaire nigérian, Essien et al. (2007) trouvent une corrélation directe entre la consommation d'al-

cool et de marijuana et le risque d'infection à VIH, et aucune association entre la perception du risque d'infection à VIH et la fréquence des actes sexuels occasionnels. Dans des études menées par l'ASCI, il s'est effectivement avéré que ce qui place les militaires et la police dans des catégories à risque, ce sont des conditions sociales plutôt que physiques (ICES, 2009). Les soldats risquent d'abuser de leur autorité concernant la distribution des ressources, la sécurité, la nourriture, le contrôle des points de passage, et s'engager dans l'exploitation sexuelle et les abus. Dans des situations désespérées, les garnisons peuvent être un attrait pour les femmes et les filles démunies (et aussi les hommes et les garçons), ainsi que les professionnelles du sexe.

Les stigmates et le déni qui entourent l'homosexualité contribuent au risque d'infection à VIH dans la plupart des armées. L'homosexualité est un sujet ignoré et hautement invisible (Wade et al., 2005). Sont inclus les hommes qui ont des rapports avec des hommes et des femmes. Dans de nombreuses armées, les rapports sexuels entre hommes sont interdits ou illégaux. Beaucoup d'hommes déclarés hétérosexuels, peuvent avoir des rapports sexuels avec des hommes dans des circonstances où ils sont séparés des femmes ou alors comme une alternative au troc sexuel ou sexe commercial (Hankins et al., 2002). On trouve un parallèle intéressant avec les travailleurs migrants d'Afrique du Sud parmi lesquels les rapports sexuels entre hommes dans des quartiers réservés aux hommes sont une façon de préserver leur hétérosexualité pour leurs partenaires de sexe féminin avec lesquelles ils ne vivent que quelques mois par an.

Deux faisceaux de causes expliquent que les facteurs décrits ci-dessus ne conduisent par forcément à des taux de séroprévalence élevés dans les armées. Le premier faisceau touche à la composition démographique des armées et à l'épidémiologie sociale de leur interaction avec les populations civiles. Certains facteurs prédisposent les soldats à des taux plus élevés de VIH. D'autres ne le font pas. Le plus important facteur de réduction du risque dans certains pays, tient au fait que les infanteries préfèrent recruter leurs hommes parmi les jeunes ruraux qui ont un taux d'infection inférieur à celui de leurs pairs des milieux plus riches ou urbains, et à celui des femmes et des hommes âgés (Abebe et al., 2003; CPRD, 2008).

Le deuxième faisceau de preuves, est lié aux politiques internes des forces armées concernant le VIH. Les données manquent mais il est probable que la plupart des armées font obligatoirement subir des tests à leurs recrues et ont des pratiques concernant le pré-déploiement, les contrats et les promotions qui font dépendre l'enrôlement du statut séronégatif. Elles ont aussi des programmes internes de prévention. Dix des quinze pays fournisseurs de contingent des missions de paix des Nations Unies ont une politique de tests obligatoires (Lowicki-Zucca, Karmin & Dehne, 2009). Et même, là où les tests obligatoires sont interdits et où on ne peut nier l'existence de séropositivité, comme en Amérique centrale, il y a en fait une forte pression pour se soumet-

tre volontairement à des tests. Du fait des stigmates associés au VIH, ceux dont les résultats sont positifs, tendent à renoncer à l'institution de leur propre gré (Kruijt & Balconi, 2008).

Certaines armées qui ont pour politique d'administrer des tests obligatoires ne le font pas de façon systématique et complète. Et la partie conseil peut en être absente. Les tests reviennent chers et sont compliqués, et si une armée doit recruter d'urgence, elle peut décider de suspendre ses pratiques. Là où le dépistage est obligatoire au moment de l'enrôlement, ceux qui sont séronégatifs peuvent être considérés « libres de sida » et manquer ainsi l'occasion d'être informés et conseillés.

Selon Lom (2001) une mobilisation précoce et l'engagement politique ont maintenu l'infection à VIH à un taux très bas au Sénégal. Il y a à peu près dix ans, le Sénégal commençait à former des officiers et à dispenser des soins aux soldats en mission. Depuis 2007, Le Sénégal rapporte un taux de séroprévalence dans l'armée inférieure à celui de la population générale. Les raisons citées incluent un leadership efficace, des programmes d'information par les pairs, des campagnes de sensibilisation massives accompagnées de petits groupes de discussion, une distribution de préservatifs (92% des soldats admettaient l'utilisation de préservatifs avec les professionnelles du sexe), la formation du personnel soignant et assistants de laboratoire, des tests réguliers et la sensibilisation des familles. Les plus hauts niveaux d'infection concernaient la tranche d'âge supérieure, de 40 à 49 ans. Un constat intéressant montrait qu'il y avait un taux de prévalence supérieur chez les soldats mariés que chez les jeunes soldats célibataires (Dieng, 2008). Une prévalence au sein de l'Armée royale thaïlandaise inférieure à celle de la population générale s'explique par le fait d'une surveillance efficace, d'une politique d'utilisation à 100% des préservatifs et de l'existence de programmes d'appui à ceux qui vivent avec le VIH. A ces facteurs s'ajoute la reconnaissance publique du VIH, l'engagement à la prévention, la gestion à tous les niveaux d'organisation et des ressources suffisantes (ONUSIDA, 2004).

### **3.1.2 L'impact opérationnel du VIH/sida**

Les recherches de l'ASCI entreprises par le Centre pour la gestion du secteur de sécurité de l'Université de Cranfield (Kershaw, 2008) font état de préoccupations au sein des armées concernant les impacts potentiels du VIH/sida sur leurs capacités opérationnelles, même à de faibles niveaux de prévalence. Sont surtout redoutés les effets négatifs du VIH/sida sur l'efficacité au combat, le moral et la discipline et la qualité du capital humain (cf. Heineken, 2001; Rupiya, 2006). L'étude menée par Kershaw prétend que les soldats infectés par le VIH sont moins susceptibles de supporter les rigueurs de l'entraînement, du combat et des conditions de vie. En outre, l'entraînement, les opérations et les carrières sont affectés par l'absentéisme, ce qui compromet la consolidation d'un lien vital entre les soldats, et place un fardeau supplémentaire sur les soldats en bonne santé avec des conséquences sur leur

moral. Les officiers de rang intermédiaire entre 25 et 30 ans, sont parmi les plus touchés, ce qui conduit à de sérieuses carences de personnel dans les armées concernées (Kershaw, 2008, p. 10). L'étude note aussi que dans certains cas, les opérations difficiles et un entraînement ardu peuvent entraîner une accélération de la transition du VIH au sida avec de graves conséquences sur la santé.

Des inquiétudes similaires apparaissent dans les politiques de l'armée des États-Unis concernant le VIH (Tasker 2008) qui comportent un dépistage préalable au recrutement, l'exclusion des séropositifs, ainsi que des tests périodiques obligatoires pendant le service. Cela place le VIH dans le cadre de politiques définies en termes de variables liées à la santé et aux performances physiques : aptitude médicale, dimensions neuropsychiatriques, stress dû à l'entraînement, risque d'exposition à d'autres maladies infectieuses, risque d'exposition d'autres membres des forces au sang contaminé, risque de transmission de la tuberculose, difficulté d'administrer des soins dans des lieux éloignés, perte en termes d'investissement dans la formation, et engagement de la responsabilité médicale.

D'un autre côté, les armées sont habituées à subir des pertes et ont généralement une structure interne qui se veut redondante. Il y a d'ordinaire un grand nombre de candidats qualifiés susceptibles d'être promus à un poste vacant. De plus, le laps de temps qui s'écoule entre l'apparition des symptômes du sida et le moment où le soldat ne pourra plus accomplir ses tâches, peut suffire à lui trouver un remplaçant et le former. Cela signifie que dans une armée qui a un taux élevé d'infection à VIH, il est peu probable qu'un nombre élevé d'attrition dû au sida puisse être une menace importante sur les effectifs. L'impact du VIH/sida sur une armée dépend de différents facteurs dont le budget militaire, le niveau de scolarisation et de développement atteint par le pays, et s'il s'agit principalement d'une infanterie ou d'une force mécanisée qui dépend de spécialistes. La plupart des armées des pays en développement sont en grande majorité des forces d'infanterie. Si dans l'infanterie où le niveau d'entraînement est minime, on peut facilement remplacer les hommes, - même les sous-officiers peuvent être remplacés assez aisément, il n'en va pas de même pour les spécialistes et les officiers de haut rang qui sont rares et difficiles à remplacer dans un pays en développement. Bien que peu nombreux, ils constituent l'ossature d'une force armée. Dans les pays développés où on trouve plus facilement du personnel qualifié et où les soins médicaux sont de meilleure qualité, l'impact institutionnel du VIH/sida est plus facile à gérer.

Un autre ensemble de préoccupations au sein des armées, surtout dans le pays pauvres, a trait aux incidences financières de l'enrôlement de soldats séropositifs. Les coûts sont calculés en termes de dépenses, non seulement pour le traitement mais pour l'entraînement de spécialistes qui risquent de donner peu ou pas de résultats. Par exemple, beaucoup d'armées de l'air dé-

clarent inaptes au vol les pilotes séropositifs. Les coûts de formation d'un pilote peuvent être très élevés.

### **3.1.3 Traumatismes sexuels militaires**

Une question importante rarement évoquée dans la formulation des politiques militaires est celle des risques de violence sexuelle et sexospécifique subies dans le cadre de l'armée par les hommes et les femmes. Ces traumatismes sexuels militaires comprennent le harcèlement sexuel, l'agression, le viol et d'autres actes de violence à caractère sexiste que peuvent vivre les membres des armées. Alors que les hommes et les femmes peuvent en être victimes, ce sont les femmes qui sont touchées de façon disproportionnée (United States Department of Veterans Affairs, 2009). Le lien est direct avec le risque d'infection au VIH.

La meilleure documentation concernant les traumatismes sexuels militaires est fournie par l'armée américaine. Entre 71% et 90 % des femmes qui quittent l'armée des États-Unis déclarent avoir subi un harcèlement sexuel, et presque un tiers d'entre elles déclarent avoir été agressées ou violées. De 2002 à 2007, 59 345 vétérans de sexe masculin et 57 637 de sexe féminin ont subi quelque traumatisme sexuel pendant la durée de leur service (Claiming Justice, 2009). Un rapport du Pentagone de 2009, fait état d'une augmentation des agressions sexuelles de 26% en un an, au sein des troupes stationnées en Iraq et en Afghanistan. Dans l'ensemble, 71% des victimes ont entre 16 et 24 ans et sont des soldats du rang, alors que 59,5% des assaillants ont entre 20 et 34 ans et sont des gradés (Benedict, 2009).

Un certain nombre de facteurs expliquent que le harcèlement et les agressions ne soient pas systématiquement signalés, et que ceux qui les ont commis ne soient pas poursuivis où, s'ils le sont, que les châtiments soient cléments et non judiciaires - à peine plus qu'une « tape sur la main » (Benedict, 2009). En 2004, un rapport critique du Département de la défense des États-Unis sur ses politiques et programmes concernant les agressions sexuelles, fait état de systèmes de données et archives mal intégrés ; de lacunes considérables de la documentation sur le traitement des victimes et les dispositions prises concernant chaque cas ; de politiques et procédures incohérentes concernant la prévention des agressions sexuelles ; de nombreux obstacles au signalement des faits, y compris de jeunes recrues ignorant la possibilité d'une dénonciation ; et du non respect de la vie privée des victimes et de la confidentialité (Département de la défense des États-Unis 2004). Les victimes hésitent à se faire connaître, craignant l'inaction ou pire. Il est extrêmement difficile pour un individu de mettre en cause une institution puissante à laquelle il a prêté un serment de loyauté et dédié sa vie. En accusant un collègue, ils trahissent aussi un des dogmes les plus sacrés de l'armée : l'esprit de corps.

Dans le but d'accroître le nombre d'enquêtes, de poursuites et de condamnations, des mesures ont été prises aux États-Unis pour protéger la victime qui porte plainte, en faisant que la charge de la preuve incombe aux enquêteurs et

non à la victime et en n'obligeant pas la victime à confronter son assaillant ou à payer les analyses prouvant le viol. Bien qu'il existe peu de données concernant les traumatismes sexuels militaires en dehors des États-Unis, des sources informelles semblent indiquer que le phénomène est répandu.

#### **3.1.4 Appui aux familles de militaires**

Les politiques militaires concernant le VIH devraient prendre en compte les besoins des soldats, de leurs familles et personnes à charge, et autres femmes et enfants avec qui ils ont pu être en contact à différentes étapes de leur déploiement. Donohoe (2005) déclare que «les familles des militaires sont confrontées à un type de stress particulier, associé, entre autre, aux relocalisations, aux longues périodes de service, aux séparations fréquentes, aux occasions pour les soldats de développer des liens extraconjugaux et aux missions dangereuses ». Ces pressions augmentent le risque de violence familiale et donc de VIH.

Les familles des soldats séropositifs ont des besoins spécifiques en termes de prévention, soins et appui. Alors que certaines armées placent le poids de l'épidémie sur les familles en excluant de leurs rangs les soldats séropositifs, d'autres absorbent les coûts et fournissent un appui médical et social. En Amérique centrale, les soins médicaux dans l'armée sont jugés supérieurs à ceux du civil, qui par ailleurs ne sont pas à la portée de la majorité de la population (Kruijt & Balconi, 2008). L'idéal serait que ces services comprennent un appui psychologique, une prévention biomédicale et un traitement des infections opportunistes, des soins en cliniques pour ceux qui nécessitent un traitement antirétroviral et une extension des services, par exemple des soins à domicile et un soutien aux familles. Ces services devraient être accessibles aux familles des militaires, y compris les veuves, orphelins et autres personnes à charge, sans exclure les enfants nés hors mariage et leur mère.

Les politiques militaires sur le VIH doivent aussi incorporer les fonds de pension et plans de retraite, les funérailles et indemnités de survie, y compris pour les orphelins, et les congés de décès, indemnités d'infirmité et de congédiement pour maladie. Le montant et la structure des salaires et des indemnités peuvent aussi avoir un impact sur les relations familiales - en Afrique du Sud les paiements sont fait à l'épouse plutôt qu'au soldat en déplacement. On doit reconsidérer les pratiques opérationnelles qui affectent le personnel loin de leurs partenaires, pour de longues périodes, ou bien prévoir des habitations pour les familles surtout si ces lieux se trouvent loin de la capitale nationale.

Un récent rapport du Center for Conflict Resolution note que de nombreuses armées d'Afrique australe ont élargi l'accès aux soins aux familles à charge des militaires - y compris une disposition concernant les ARV, le but étant de s'assurer que les soldats séropositifs prennent la totalité des médicaments prescrits sans les partager avec des membres de leur famille qui ne pourraient s'en procurer dans les établissements de soins locaux (CCR, 2009, p. 33).

L'impact du stress lié au combat sur le VIH au sein des familles de militaires est une question rarement abordée dans le cadre des politiques de lutte contre le sida. Donohoe (2005) prétend que « le stress lié au combat après l'entrée en service peut augmenter le taux des violences conjugales et favoriser ainsi les comportements à risque liés au VIH. Aux États-Unis, les vétérans qui ont été récemment exposés au combat, ont davantage de problèmes conjugaux, tout comme ceux qui sont dans un « état de stress post-traumatique » (ESPT). Dans une étude réalisée pendant la première guerre du Golf, la probabilité d'un comportement domestique agressif violent des soldats américains, était considérablement plus élevée parmi les soldats qui revenaient du front que parmi les soldats non déployés ». On estime qu'un tiers des vétérans masculins atteints de ESPT, se livrent à des violences conjugales, ce qui contribue à augmenter le taux de violence domestique qui est de trois à cinq fois plus élevé chez les militaires que chez les civils (Lutz 2004). Entre 1997 et 2001, plus de 10 000 cas de violence conjugale par an ont été enregistrés dans les forces armées, y compris 114 homicides. Ces chiffres sont sans doute bien en deçà de la réalité étant donné que l'armée ne reconnaît pas les partenaires intimes, par exemple les petites amies, comme étant victimes de violence domestique.

### **3.2 Politiques et planification en matière de lutte contre le sida dans les services en uniforme**

Les politiques de l'armée concernant le VIH/sida varient considérablement. L'armée nationale se fonde d'ordinaire sur les politiques existant dans le pays en matière de VIH, mais les autorités militaires sont rarement explicites sur ce qui les différencie des principes de la société civile. Les politiques de l'armée abordent les questions qui vont du dépistage obligatoire au traitement, aux soins et à l'appui. Les stratégies de mise en œuvre soulignent la sensibilisation et l'éducation, habituellement à travers des programmes axés sur la sensibilisation, le changement des comportements et la formation. Bien que dans l'armée des programmes standard de prévention soulignent la nécessité de campagnes d'information et de formation parmi les grades inférieurs, les approches prônant la communication pour le changement de comportements (CCC) ne sont pas considérées efficaces partout, ou adaptées aux services en uniforme (Bratt, 2002) La CCC repose souvent sur des méthodes participatives et des stratégies de communication avec les pairs qui n'ont de résultat que si les officiers de rang supérieur sont activement impliqués de façon à ce que la hiérarchie donne son aval au message transmis. Les enquêtes de connaissance, attitude, comportement et pratique (KABP) sont un outil courant qui sert à élaborer et mesurer les efforts de prévention au VIH, bien qu'on constate des résultats mitigés. Bing et al. (2008) rapportent une plus grande conscience des risques associés au VIH et un usage accru de préservatifs auprès des militaires angolais et une augmentation considérable

de l'usage des préservatifs au cours d'une pénétration vaginale, au cap des trois mois suivant les séances d'information. Mais selon une autre étude, une enquête réalisée auprès de 3 141 militaires nigériens fait état de l'usage de préservatifs dans 38,6% des cas, bien que 95% d'entre eux soient conscients des risques liés au VIH et 86,4% connaissent les symptômes des infections sexuellement transmises (Kershaw, 2008, p. 9). Une étude menée par le Centre d'études ethniques (Center for Ethnic Studies, 2008) montre que bien que trois quarts des soldats sri-lankais interrogés, aient été conscients du fait que les préservatifs protègent du risque d'infection à VIH, l'utilisation réelle était moindre au cours de rapports sexuels récents soit hétérosexuels, soient homosexuels.

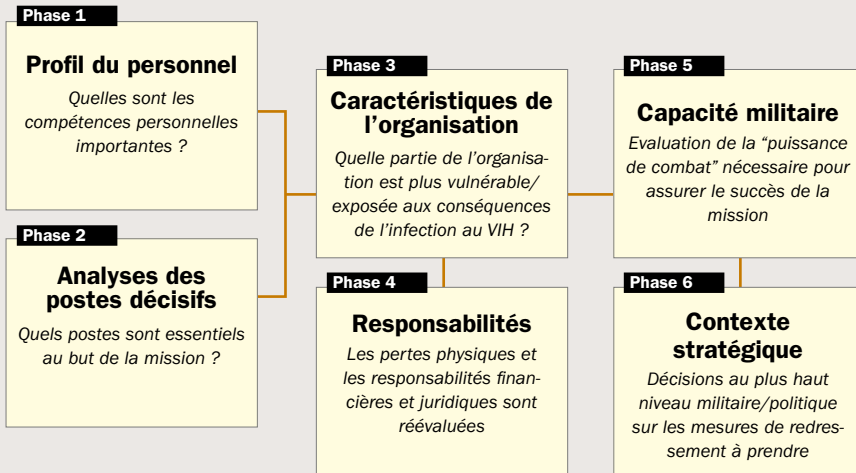
### **3.2.1 L'approche centralisée du commandement dans la prévention du VIH et dans le traitement et les soins du sida**

Les recherches et analyses de l'ASCI prônent une approche de l'armée face au VIH/sida qui prenne en compte le fonctionnement de l'institution et ses exigences particulières, ce qui diffère de l'approche centrée sur l'individu qui a longtemps été la norme dans les politiques et programmes civils en matière de lutte contre le sida. Ce nouveau type de riposte fait appel à trois éléments clés : une analyse du Cadre de capacités des forces, l'adoption d'une approche centralisée du commandement à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/sida et l'ouverture d'un dialogue entre civils et militaires sur le dépistage. Il ne s'agit pas, loin de là, que d'impliquer le commandement ou de faire de la gestion du VIH une des responsabilités d'un officier supérieur.

Toute politique militaire contre le VIH doit être basée sur une analyse sérieuse des besoins de l'armée en tant qu'institution, ce qui dépend des exigences de sécurité de l'État à niveau national. L'étude de Kershaw (2008) démontre que l'impact du VIH/sida doit être évalué aux niveaux tactique, opérationnel et stratégique qui déterminent le bon fonctionnement de l'armée. Les analyses et cadres des politiques liés au VIH étant dérivés de modèles appliqués aux civils, et élaborés sans considération pour les priorités militaires, leur mise en œuvre dans le contexte des armées a ses limites. L'étude suggère par conséquent d'adopter un Cadre de capacités des forces pour évaluer l'impact potentiel du VIH sur l'enrôlement, la préparation, l'emploi et la viabilité des forces. Chacun de ces éléments peut être affecté. Le recrutement doit se faire à un degré de redondance plus élevé puisque la maladie a des conséquences sur l'efficacité de l'entraînement (en créant un « plateau de compétences ») et l'aptitude au combat peut diminuer surtout du fait de taux de défection élevés parmi les militaires de haut rang. L'étude de Kershaw suggère qu'une évaluation au moyen d'un Cadre de capacités militaires pourrait être suivie d'un Audit militaire institutionnel en six phases afin de déterminer les mesures correctives à prendre pour atténuer les effets (Kershaw, 2008, pp. 24-34). Cette approche que suggère Kershaw pour l'armée reprend le travail antérieur de l'ONUSIDA sur la « business response » réponse des affaires, qui s'avère être

**Figure 3.2**

**Un audit institutionnel militaire en six phases**



Source: Kershaw (2008)

un instrument pratique pour l'évaluation des conséquences institutionnelles du VIH (ONUSIDA, PWBLF & GBC, 2000).

Dans la plupart des armées où l'ASCI a pu réunir des données, les stratégies politiques en matière de lutte contre le sida sont dirigées par un médecin officier supérieur militaire et confinées aux sections médicales. Les officiers médicaux atteignent rarement les postes supérieurs de la hiérarchie militaire et ne sont pas à même d'incorporer les politiques liées au VIH dans les procédures standard de l'armée. L'ASCI constate que les succès les plus probants en matière de contrôle du VIH dans les armées, ont été obtenus grâce à des approches qui désignent comme responsable des politiques et pratiques concernant le VIH, le haut commandement de l'armée et pas uniquement les services médicaux (CPRD, 2008). Cela concorde avec l'expérience qui a montré qu'un taux de succès élevé au regard des questions de santé dans l'armée était le résultat d'approches de commandement centralisé. Les armées qui n'utilisent pas ce genre d'approches ont perdu des batailles et même des guerres (Grau & Jorgensen, 1997).

Une approche centralisée du commandement (ACC) dans la lutte contre le VIH a les caractéristiques et les avantages suivants :

- Placer le leadership concernant les programmes de lutte contre le sida au plus haut niveau de commandement garantit que les programmes dépassent efficacement les structures du corps médical et reflètent mieux la priorité accordée à la prévention du VIH (cf ONUSIDA, 2003).

- L'intérêt porté par le haut commandement rehausse la situation du corps médical qui n'endosse pas toute la responsabilité, jouit de plus de considération auprès des officiers et a accès à tous les strates de l'armée et de l'institution.
- Les programmes liés au VIH peuvent être coordonnée à d'autres activités de l'armée, y compris la gestion des ressources humaines et la formation.
- L'intégration des activités liées au VIH, offre les possibilités d'une synergie dont les bénéfices rejaillissent à tous les niveaux, sur la santé, la formation, les relations entre l'armée et la société civile, etc
- Une ACC permet d'intégrer les comportements qui réduisent le risque VIH à des normes de conduite clairement définies avec incitations, procédures d'application et procédures disciplinaires.
- Une ACC permet d'obtenir des informations régulières et fiables sur le statut médical des soldats, y compris concernant le VIH, pour avoir un meilleur contrôle sur le programme et déterminer si le soldat est apte au service, surtout concernant les missions spéciales de maintien de la paix, et cela en dépit du fait que certains éléments de ce programme doivent rester une affaire confidentielle entre le soldat et son docteur.

L'approche centrée sur le commandement s'est avérée efficace dans les programmes militaires contre le sida mis en œuvre, entre autres, dans les armées du Sénégal et de l'Éthiopie (CPRD, Center for Policy Research and dialogue, 2008). Dans ces deux cas, l'utilisation de mécanismes propres à l'armée et déjà en vigueur pour le contrôle des comportements individuels des soldats, a donné de meilleurs résultats que les efforts du corps médical axés sur le comportement individuel pour la prévention du VIH. On note aussi la tendance dans les armées de l'Afrique australe de nommer à la présidence des comités sur le VIH un membre du commandement. Cependant aucune armée n'a encore amené le processus à sa conclusion logique - l'intégration systématique des activités du VIH, des standards et des personnels à tous les aspects du fonctionnement des armées.

Le principe qui est au cœur de l'approche centralisée du commandement - c'est-à-dire que la santé des unités militaires relève de la responsabilité principale du commandement militaire et non pas du simple soldat ou du service médical de l'armée, est compatible avec des tests de dépistage du VIH soit obligatoires, soit volontaires. Selon les circonstances, cette approche peut exiger un bilan de santé complet pour évaluer les capacités physiques d'un individu à accomplir certaines tâches, qui elles-mêmes peuvent exiger une preuve de séronégativité. L'approche suppose aussi des contrôles réguliers de la prévalence du VIH au sein des unités pour mesurer l'efficacité des mesures de prévention voulues par le commandement de ces unités.

L'approche centralisée du commandement en matière de prévention, soins et traitement du VIH/sida, pose un défi particulier aux armées et aux groupes armés où le commandement, le contrôle et la discipline sont absents. La consolidation de ces armées, y compris l'institutionnalisation de systèmes de discipline et de rémunération, est un préalable nécessaire à l'efficacité des programmes du VIH, en dehors de toute autre considération comme, par exemple, celle du respect des droits humains.

**Figure 3.3**

**Distribution de préservatifs dans l'armée éthiopienne**



Crédit: Pamela Delargy/UNFPA

### 3.2.2 La controverse sur le dépistage obligatoire

Une étude commandée par l'ASCI (CPRD 2008) a analysé un ensemble de mesures prises par les armées de cinq pays africains : Ethiopie, Kenya, Botswana, Zimbabwe et Zambie, et s'est également appuyée sur des données comparatives recueillies ailleurs (cf. Lowicki-Zucca et al. 2009). Cette étude révèle des variations dans les procédures d'administration des tests de dépistage dans les différents pays. La plupart des armées qui ont les moyens nécessaires et l'autorité juridique nationale, soumettent les soldats à des tests avant leur incorporation et les candidats aux missions de la paix avant leur déploiement. Les autres aspirent à le faire. Une grande majorité de pays rejette les candidats qui s'avèrent séropositifs au cours des tests préalables au recrutement ou impose des restrictions à ceux qui sont en service, par exemple leur interdit le déploiement à l'étranger. Beaucoup d'armées estiment que les tests de dépistage sont justifiés par les besoins opérationnels et devraient par conséquent rester une option au niveau des politiques, voire une obligation, et considèrent que le VIH disqualifie les candidats au service au même titre que d'autres conditions médicales. Les tests sont aussi considérés une nécessité permettant à l'institution militaire de pouvoir fournir les soins et les traitements qui s'imposent. Certains des pays qui accueillent les missions de la paix ont aussi indiqué qu'ils pourraient exiger des tests avant le déploiement des soldats de la paix.

Lowicki-Zucca et al. (2009) remarquent que 10 des 15 plus grands pays fournisseurs de contingents aux opérations de maintien de la paix, ont une politique de dépistage obligatoire du VIH. Un seul de ces pays (l'Uruguay), déploie des soldats séropositifs dans les opérations de maintien de la paix. Les politiques suivies sont en contradiction avec les principes qui fondent les droits humains et informent les politiques des Nations Unies en matière de VIH/sida. Le compromis possible proposé par le Département des opérations de maintien de la paix des Nations Unies, (DOMP) est de déplacer l'accent vers un bilan de santé générale et vers les politiques nationales. Les directives appliquées par le DOMP (2004) en matière de dépistage du VIH stipulent que le seul critère médical retenu auprès des personnels en uniforme des missions de maintien de la paix avant le déploiement soit celui de « l'aptitude au service ». L'ONU exige que les soldats de la paix se soumettent individuellement aux tests médicaux des PFC avant déploiement, et se réfère aux critères cliniques de l'OMS plutôt qu'aux critères de séroprévalence, pour pouvoir établir des directives sur l'éligibilité des candidats au déploiement. Il n'est pas exigé des candidats qu'ils se soumettent à des tests de dépistage du VIH en rapport avec leur déploiement, mais les signes d'une maladie évolutive sont un motif de rejet. L'ONU exige aussi que tous les personnels en uniformes des missions de la paix aient accès à des services volontaires confidentiels de conseil et de dépistage avant le déploiement, mais souligne que cette politique ne signifie pas l'obligation de subir des tests. Le DOMP reconnaît aussi que de nombreux PFC ont des politiques de dépistage obligatoire et ne déploient pas les candidats séropositifs, et qu'ils se plient ainsi à des directives nationales.

L'armée américaine mène des tests de dépistage avant recrutement et rejette ceux qui ont un résultat positif au VIH. Ce test obligatoire est renouvelé périodiquement durant le service (Tasker, 2008) Elle défend cette pratique pour des raisons opérationnelles, médicales et financières et règle la question des droits humains en s'assurant que les individus séropositifs sont référés à des services de conseil appropriés et à des soins médicaux et psychosociaux.

L'implication morale des tests de dépistages volontaires ou obligatoires, dans les cas où il n'existe pas d'engagement corolaire (ou même de possibilité) à fournir un traitement, des soins et un appui, doit être également analysée. Cela exige l'élaboration de politiques en matière de tests post déploiement, et qu'il y ait une disposition pour le traitement, les soins et l'appui élargis aux familles des militaires et aux femmes et enfants associés à l'armée.

Il ne fait aucun doute que la plupart des commandements militaires préfèrent les tests et examens systématiques de sélection et qu'il y a des raisons valables d'ordre opérationnel et institutionnel qui les justifient. Les tests obligatoires soulèvent cependant de sérieuses questions relatives aux droits humains et d'autres objections du même ordre. Les arguments sont basés sur un Recueil de Directives pratiques de l'OIT sur le VIH/sida et la non-discrimination dans l'emploi, qui mentionne le respect de la vie privée et les droits individuels du soldat, la crainte de la stigmatisation et de la discrimination et le fait qu'un individu séropositif peut être en bonne santé et capable d'assumer ses fonctions (OIT, 2001). En outre dans de nombreux cas, les tests obligatoires ne sont pas suffisamment accompagnés de conseil ou d'un suivi médical comprenant soins et traitement pour ceux qui sont séropositifs.

En mai 2008, la cour constitutionnelle sud-africaine a déclaré illégaux les tests obligatoires et les a interdits au sein de la force de défense nationale d'Afrique du sud (SANDF). Faisant suite à un précédent similaire en Namibie, il s'agit d'un défi juridique considérable à la préférence habituelle de l'armée pour les tests obligatoires qui met en cause les politiques et pratiques internationales. Il convient de signaler que la SANDF a choisi de ne pas défendre la légalité des tests obligatoires qui conditionne l'emploi et le déploiement mais d'ignorer la décision de la cour, du moins pour l'instant. Ce faisant, la SANDF perd l'occasion de développer une batterie de principes conformes au droit humanitaire et fondés sur des principes de nécessité militaire autorisant dans une certaine mesure que, au vu des circonstances, des officiers puissent prendre des décisions qui peuvent être considérées comme allant à l'encontre du droit individuel dans les circonstances de la vie civile. Le service militaire suppose en soi qu'on renonce à certains droits. Par exemple, les soldats n'ont pas le même droit à la confidentialité au cours des examens et traitements médicaux, et ils sont informés du fait qu'il existe une discrimination en fonction de certaines infirmités et conditions médicales non infectieuses et moins affaiblissantes comme par exemple les pieds plats, l'hypertension et le diabète. La législation en matière de droits humains admet des exceptions

telles que les états d'urgence comprenant des menaces graves à la sécurité nationale. Les commandants militaires ne voient pas pourquoi le VIH devrait être un cas spécial.

La Cour de Namibie a répondu à un défi similaire de façon différente. Après que la Cour a résolu de rendre illégaux les tests obligatoires et la discrimination à l'encontre des individus séropositifs au sein de la force de défense de la Namibie (NDF), un mécanisme de compromis a été mis en place pour poursuivre la pratique de l'armée en matière de déploiement qui était de ne recruter que des individus séronégatifs dans les missions de maintien de la paix. Cette politique a été établie après des discussions avec des conseillers de l'ONU. La politique d'exclusion a été adoptée comme partie intégrante d'un processus plus vaste qui prévoit que la NDF doit fournir à son personnel l'alternative d'assister à des séances de conseil et dépistage volontaires (CDV) dans des centres indépendants en Namibie, à la suite de quoi les individus munis de leurs résultats peuvent se présenter aux tests de l'armée, sachant que seuls les personnes séronégatives peuvent être engagées dans les missions de maintien de la paix.

Le modèle namibien fournit une alternative qui préserve le principe de tests volontaires tout en répondant aux exigences de l'armée de n'engager que des personnes séronégatives pour certaines missions, y compris celles de maintien de la paix. Cette variante de l'ACC permet aux armées d'enrôler tous les soldats quel que soit leur statut VIH, mais d'assigner certaines activités en fonction d'un bilan de santé globale, qui peut inclure l'obligation de fournir une preuve de séronégativité.

### **3.2.3 Harmonisation des politiques civiles et militaires**

La précédente section a mis en évidence la nécessité d'un dialogue entre civils et militaires concernant le dépistage. D'autres aspects des politiques en matière de VIH/sida dans l'armée peuvent également ne pas s'aligner de façon satisfaisante sur les politiques à niveau national et civil. Ce non-alignement potentiel ou effectif apparaît dans différents domaines, dont le dépistage, la discrimination dans l'emploi ou la promotion, et le traitement. Dans certains pays, les politiques et les programmes en matière de VIH/sida suivent des orientations nationales, tandis que dans d'autres, les institutions militaires ont élaboré leurs propres politiques et programmes. Il est fréquent que les équipements et les soins médicaux destinés au personnel militaire soient supérieurs à ceux qui sont accessibles à la population générale. Et de toute façon, cette pratique de dépistage obligatoire et de renvoi du personnel séropositif, ne fait que déplacer la charge des soins et du traitement à un secteur civil sous-équipé. Dans de nombreux pays l'armée est une « institution en soi » qui non seulement emploie du personnel mais prend aussi en charge les familles du point de vue logement, scolarité, santé, et divers avantages. Subvenir aux besoins des veuves et des orphelins de soldats peut être un défi institutionnel et budgétaire.

L'harmonisation des politiques doit relever un défi particulier, celui des services de conseil, soins et traitement à ceux qui ont été écartés après un résultat positif au VIH. Un gouvernement dont l'armée a recours au dépistage obligatoire et à l'exclusion, a le devoir incontournable d'assurer que les services de santé soit militaires, soit civils effectuent une prise en charge adéquate. Dans tous les cas de figure, une coordination et/ou une harmonisation entre les politiques en matière de VIH/sida civiles et militaires est souhaitable. Cependant les demandes spécifiques propres aux services en uniforme font que les politiques doivent rester séparées dans certains domaines.

### **3.2.4 Le VIH/sida et les autres services en uniforme**

Il existe d'autres groupes à l'intérieur du secteur sécuritaire, telles que les organisations paramilitaires, les forces irrégulières, et compagnies privées militaires et de sécurité, ainsi que les troupes en cours de désarmement, démobilisation et réintégration à la vie civile (les forces de l'ordre seront examinées plus loin dans ce rapport). La diversité de ces groupes et leur situation singulière ne sont pas favorables à une approche unique pour répondre à leurs besoins particuliers en matière de politiques et programmes de lutte contre le sida.

Ces groupes posent des défis particuliers à l'élaboration des politiques en matière de VIH/sida. N'étant pas forcément assujettis à un commandement et un contrôle réguliers, une approche centralisée du commandement peut être impossible à mettre en place. Ils ne s'inscrivent pas automatiquement dans un cadre institutionnel cohérent, ni au niveau national, ni au niveau international. Seule une solide coordination inter-agences à ces deux niveaux pourrait conduire à une politique de riposte efficace. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact du VIH/sida dans ces groupes à part.

Les armées et les autres services de sécurité sont au cœur des efforts de réformes dans de nombreux pays, surtout ceux en transition post-conflits. La réforme du secteur sécuritaire (RSS) et le désarmement, la démobilisation et la réintégration (DDR) sont un objet supplémentaire des recherches de l'ASCI. D'Awol (2008) montre comment le contexte post-conflit au Sud-Soudan présente de nombreux facteurs défavorables qui contribuent au risque d'une épidémie généralisée. Bon nombre de ces facteurs sont une conséquence de la guerre, de la violence sexuelle et sexospécifique existante, des barrières coutumières et culturelles, et du contexte difficile qui a suivi la signature de l'Accord de paix globale. Alors que la RSS et les DDR sont en principe un point de départ idéal pour aborder les questions liées au VIH/sida, on relève de nombreuses faiblesses au niveau de la politique institutionnelle, de la mise en place des programmes, des ressources, d'une approche ciblée sur les besoins particuliers des groupes, et d'une approche fondée sur les sexospécificités (D'Awol, 2008).

**Figure 3.4**

**Lancement du processus de DDR à Ed Damazin**



Crédit: Johann Hattingh/UNMIS

Plusieurs études commandées par l'ASCI constatent que les préoccupations relatives au VIH/sida sont plus largement négligées dans les RSS et les DDR. Ces processus de réforme suivent en général une formule et sont précipités, sans objectifs clairs autres que ceux d'atteindre des cibles arbitraires. Peu de temps et d'argent sont consacrés à l'éducation en matière de VIH, au CDV et autres activités connexes. La conséquence est que les hommes et les femmes démobilisés ne disposent pas des outils fondamentaux pour faire face au VIH et a fortiori ne sont pas utilisés comme éducateurs de leurs pairs ou porte-paroles concernant les politiques et programmes liés au VIH. De la même façon, la restructuration des services de sécurité se fait sans qu'aucune attention ne soit portée aux multiples considérations d'ordre personnel, institutionnel et social qui entrent dans la gestion du VIH, comme indiqué dans ce chapitre. Il s'agit de toute évidence d'une occasion manquée qui exigerait l'engagement

des organisations internationales telles que le FNUAP, l'ONUSIDA, le DOMP et le PNUD, et les commissions nationales des DDR et institutions similaires.

Le fait de négliger le VIH/sida dans les interventions est non seulement une occasion manquée mais aussi une approche symptomatique des RSS et DDR qui se focalisent sur les symptômes immédiats de sécurité, plutôt que de se pencher sur les questions d'exclusion sociale, de vulnérabilité des moyens d'existence et de relations entre les sexes qui sont le moteur de l'épidémie. Si les processus de DDR échouent à aborder les causes sous-jacentes de la violence et surtout des violences sexospécifiques, les DDR mêmes risquent d'être une source potentielle de violence sexospécifique (D'Awol, 2008, p. 66). L'orientation de la riposte doit aller bien au-delà de l'augmentation des ressources et du temps consacrés aux activités de lutte contre le sida. Il faudrait plutôt que les programmes de RSS et de DDR définissent mieux leurs objectifs stratégiques, et que ces objectifs et les mécanismes mis en place pour les atteindre, soient conçus en tenant compte des nombreux et différents aspects du VIH.

Dans tous les services en uniforme la question du VIH/sida sous toutes ses formes - transmission, cadre et interventions au sein de l'institution ou par rapport au monde extérieur, a une dimension sexospécifique importante. Les études de l'ASCI notent qu'il existe un grand nombre de points problématiques dans ce domaine, avant, pendant et après les conflits. Dans certains cas, les personnels en uniforme ont conçu des programmes de lutte contre le sida qui tiennent compte des conditions spécifiques de chaque sexe ; dans d'autres, ils sont soit insuffisamment préparés ou peu disposés dans leur action à aller au-delà des idées reçues concernant les deux sexes. Les études ont également révélé des failles considérables dans les mesures d'intervention où souvent on ne tient pas du tout compte du genre. Au-delà de ces observations critiques, il faut souligner que la question du VIH/sida et des personnels en uniforme offre d'innombrables occasions de s'engager dans des politiques et programmes de lutte contre le sida. Le chapitre 5 discute les implications au niveau des politiques et les recommandations de l'ASCI qui résultent de ses recherches.

### **3.3 Le VIH/sida et les opérations de soutien à la paix**

La résolution 1308 de juillet 2000 du Conseil de Sécurité appelait à une action internationale et nationale pour répondre à deux préoccupations distinctes concernant le VIH dans le contexte des missions de maintien de la paix. Il s'agissait premièrement de protéger les soldats de la paix contre le VIH et deuxièmement de les empêcher de transmettre le VIH. Par la suite le rôle que les soldats de la paix devaient jouer dans la prévention du VIH parmi les communautés qui les accueilleraient s'est étendu. Une attention et des ressources importantes ont été mobilisées pour réaliser ces buts au sein du système des Nations Unies, au moyen de coopération bilatérale, entre les armées et à niveau national dans les pays fournisseurs de contingents.

Au seuil du 10<sup>e</sup> anniversaire de l'adoption de la résolution 1308, on en sait beaucoup plus sur les menaces spécifiques que fait peser le VIH sur les soldats de la paix et les opérations de maintien de la paix. L'enquête menée par Lowicki-Zucca, Karmin & Dehne (2009) sur les taux de prévalence du VIH parmi les soldats de la paix et leurs hôtes, en extrapolant à partir des données nationales des pays, n'apporte pas de preuves que les soldats de la paix contribuent à étendre l'épidémie aux populations parmi lesquelles ils sont déployés. Les données prouvent que bien que les contingents des soldats de la paix soient souvent issus de populations où le taux de prévalence du VIH est supérieur à celui des populations hôtes, la plupart des PFC excluent les soldats séropositifs du déploiement pour les missions de maintien de la paix. Même s'ils ne le faisaient pas, le nombre absolu de soldats de la paix qui vivent avec le VIH serait bas en comparaison avec la population domestique infectée. Cela cependant ne permet pas de minimiser le risque que courent les individus, les dangers spécifiques associés à l'exploitation et aux abus sexuels par les soldats de la paix et la perception qu'ont les communautés locales que les soldats de la paix peuvent être un vecteur du VIH.

Les risques identifiés antérieurement doivent être redéfinis à la lumière de nouvelles preuves et nouvelles réalités. La nature changeante des conflits contemporains, la maturité de l'épidémie et ses différentes trajectoires, l'accès accru au traitement et les modifications à niveau international et régional apportées aux missions de la paix, offrent tous de nouvelles perspectives pour la prévention du VIH et sa riposte. Les recherches de l'ASCI permettent d'identifier cinq domaines de priorité concernant le VIH et le calendrier des missions de consolidation et maintien de la paix : (1) renforcer l'approche centralisée du commandement concernant le VIH; (2) renforcer les réseaux régionaux et la coopération en vue de soutenir l'élaboration de politiques concernant le VIH au sein des personnels en uniforme ; (3) aligner les efforts de prévention du VIH et de la violence sexuelle ; (4) étendre l'accent mis sur l'armée à tous les services en uniforme, en particulier la police ; et (5) assurer la continuité de la prévention dans les transitions post-conflits et périodes de consolidation de la paix y compris par le biais des programmes de DDR et de RSS. Cette cinquième priorité sera abordée au chapitre 4.

### **3.3.1 Approches centralisées du commandement et VIH/sida dans les opérations de soutien à la paix**

Une approche centralisée du commandement concernant la prévention du VIH, et le traitement et les soins du sida, est fondée sur le constat que les armées fonctionnent sur la base du commandement et obtiennent ainsi des résultats. Basée sur ses recherches auprès des armées nationales, l'ASCI est partisans d'une approche centralisée du commandement concernant la prévention, le traitement et les soins du VIH/sida. Pour mettre efficacement en place cette approche dans le contexte des missions de maintien de la paix, il faudra spécifier les responsabilités du haut commandement, les résultats attendus, les incidences budgétaires et implications sur les ressources humaines dans

tous les services médicaux civils et militaires. Le commandement des forces et autres officiers supérieurs devront être sensibilisés au problème du VIH/sida et aux questions connexes comme la stigmatisation et la discrimination. Une coopération devra exister avant déploiement entre les différents PFC. Bon nombre de ces mesures n'exigent que l'application de recommandations déjà existantes du DOMP, du FNUAP et de l'ONUSIDA. Etant donné les demandes et le coût élevé actuel des opérations de soutien à la paix, il faudra s'assurer les ressources humaines et financières nécessaires surtout dans les PFC qui font face chez eux à un taux élevé de prévalence de l'épidémie.

Une approche cohérente à la prévention du VIH dans les missions de la paix n'exige pas l'adoption de régimes de soins unifiés parmi les différents contingents nationaux, bien qu'une convergence des approches en matière de traitement soit hautement souhaitable. Le minimum serait que chaque PFC ait des politiques concernant le VIH qui tiennent compte des besoins spécifiques des contingents déployés, et que la mission elle-même soit dûment informée et capable de coordonner les différentes politiques menées au sein des différents contingents. Les politiques au niveau de la mission doivent tenir compte des exigences fonctionnelles et opérationnelles de la mission dans son ensemble (par exemple vérification des droits humains, observation des élections, consolidation de la paix), et de la contribution spécifique de chaque contingent. Ces orientations doivent également incorporer une politique de degré zéro de tolérance vis-à-vis de l'exploitation et des abus sexuels (EAS) dans les opérations de maintien de la paix des Nations Unies qui conseille vivement aux pays fournisseurs de contingents et de policiers de s'assurer que leur personnel a reçu une formation et que des mesures disciplinaires sont prévues à l'encontre de ceux qui se livrent à la violence et l'exploitation sexuelle (VES), comme le prévoit le Rapport de la commissions spéciale et son groupe de travail sur les opérations du maintien de la paix de l'Assemblée générale des Nations Unies (2007). Les pays fournissant des contingents devront parallèlement relever le défi d'harmoniser leurs politiques et programmes nationaux avec ceux des missions auxquelles participent leurs soldats. La situation est d'autant plus compliquée du fait de la présence d'un personnel de mission civil, qui jouit de différentes conditions de service (y compris l'assurance médicale) et durées de contrat, et est soumis à des politiques et programmes différents concernant le VIH.

Il ne s'agit pas de voir dans l'ACC une alternative aux initiatives qui s'appuient sur un changement de comportement, ou une alternative aux programmes médicaux. Au contraire, elle aide à consolider ces initiatives en s'assurant qu'elles sont sous le haut commandement de l'armée, que les résultats lui sont transmis et que les décisions sont prises en conséquence. L'objectif de l'ACC est d'intégrer les normes de comportement et les mécanismes qui assurent leur application au sein des unités, à la hiérarchie militaire régulière, et non pas comme un supplément facultatif.

Cela est valable aussi bien pour les armées nationales, que les services de police (des PFC) et les missions de maintien de la paix.

Les ACC, tendent à inclure des tests de dépistage obligatoires et le déploiement sélectif de ceux qui peuvent prouver leur séronégativité. Comme déjà mentionné, la plupart des PFC disposent de semblables politiques bien que la qualité (surtout concernant le conseil) et la régularité dans la mise en œuvre n'aient pas été complètement documentées. Mais il existe un danger plus important : si un commandant sait que ses troupes sont toutes séronégatives, il risque de minimiser l'importance des programmes existants qui assurent qu'elles le restent, comme par exemple ceux axés sur les changements de comportement (CCC).

Dans les opérations de maintien de la paix, l'ACC exige que le leadership de chaque contingent national soit tenu responsable de la conception et la mise en œuvre des politiques. Avant tout déploiement, la structure de commandement nécessaire, les normes de conduite et les mécanismes d'application doivent être établis. Et ces mesures doivent être appliquées pendant le déploiement. De préférence, tous les PFC d'une mission doivent coordonner et aligner leurs politiques de façon à avoir une base cohérente à partir de laquelle la mission peut élaborer ses programmes et ses normes. Le commandement est donc responsable de la continuité de ses programmes pendant le déploiement.

**Figure 3.5**

**Matériel d'information sur la prévention du sida au Sénégal**



Source: Dieng (2008)

### **3.3.2 Politiques concernant le traitement du sida parmi les soldats de la paix**

L'administration des traitements et autres dispositions concernant les personnes en service qui vivent avec le VIH, est un autre élément polémique qui requiert une attention immédiate. L'ONU prévoit de garantir formellement l'accès universel à la prévention, le traitement, les soins et l'appui au VIH mais il s'agit d'un objectif et, actuellement, elle ne prévoit pas le traitement des soldats de la paix qu'elle a elle-même engagés. Jusqu'à présent, l'ONU a établi neuf unités VIH/sida et neuf Points focaux ou centres de liaison dans les missions de maintien de la paix qui couvrent les domaines suivants : conseil et dépistage volontaire, distribution de préservatifs féminins et masculins et prophylaxie post-exposition ; formation et prise en charge de l'éducation par les pairs ; élaboration de programmes pour les DDR ; travail de conscientisation dans les prisons locales ; collaboration avec les organisations non-gouvernementales en vue d'un renforcement des capacités nationales ; et recueil de données. Ce sont des tâches onéreuses rendues plus lourdes encore si y était ajoutée la responsabilité du traitement du sida. La politique actuelle du DOMP est de considérer que le traitement incombe aux armées nationales, faisant remarquer que les personnels déployés dans les missions de l'ONU sont issus des armées nationales et y retournent après avoir accompli leur temps au service de l'ONU. Il serait impraticable du point de vue administratif et médical de conserver différents régimes de traitement pour le personnel militaire national qui a servi dans une mission de l'ONU parallèlement à celui qui n'a pas servi. Mais en même temps, la coexistence au sein d'une même mission de l'ONU de régimes qui diffèrent selon l'origine nationale des contingents pose également problème dans le cas, par exemple, où différents critères servent à déterminer si un soldat ou un membre des forces de police est apte ou non au service ou doit être rapatrié.

Etant donné les difficultés qu'éprouvent déjà les Nations Unies à lever des troupes en nombre suffisant pour ses missions de maintien de la paix, on comprend que l'organisation soit réticente à imposer des barrières supplémentaires à ceux des pays qui lui fournissent des contingents. La solution globale idéale pour résoudre ce casse-tête serait de viser à l'adoption d'une standardisation internationale des pratiques de traitement dans tous les PFC, fondée sur des engagements mondiaux à l'accès universel. Cependant, il est plus réaliste de commencer par spécifier des normes internationales et ensuite identifier des politiques propres à une mission sur la base des pays fournisseurs de contingents, de la nature de l'épidémie locale et de l'infrastructure sanitaire existante.

Le désaccord international concernant les politiques à adopter pour les personnels vivant avec le VIH/sida risque de mettre un frein aux bonnes intentions et à la coopération nécessaires pour assurer le bon fonctionnement des missions de maintien de la paix. Ce problème pourra être résolu si les Nations Unies fournissent l'appui technique nécessaire aux PFC pour leur permettre de dispenser des services de prévention, soins et traitement, avec l'engagement des

donateurs garantissant les fonds nécessaires. Il s'agit là d'un domaine spécifique ou l'objectif d'accès universel peut acquérir son sens et être atteint.

### **3.3.3 Coopération régionale pour la riposte au VIH/sida dans le contexte des opérations de maintien de la paix**

Les défis posés par l'élaboration de stratégies cohérentes en matière de VIH dans toutes les armées nationales seront relevés en partie grâce à l'établissement de réseaux VIH régionaux des forces armées et services en uniforme. Un résultat en sera de limiter la diversification des politiques concernant le VIH parmi les différents contingents nationaux participant à une mission de maintien de la paix. L'étude du CPRD (2008) met en évidence le défi que pose une standardisation des politiques entre différents contingents de l'Union africaine ou dans les missions de maintien de la paix des Nations Unies, surtout les politiques concernant le VIH/sida, parce que le traitement reste la responsabilité de chaque pays fournisseur, alors que l'information et la prévention en général restent une responsabilité de l'ONU. Du fait que les politiques et stratégies militaires nationales en matière de lutte contre le VIH dépendent des circonstances nationales, plutôt que de se conformer à des principes internationaux ou aux exigences des opérations de maintien de la paix, la coopération régionale est une étape logique vers l'adoption de politiques communes à niveau régional entre les pays fournisseurs de contingents.

COPRECOS-LAC est le Comité des forces armées et de police d'Amérique Latine et des Caraïbes pour la lutte contre le sida et les IST. Fondé en 1995, ce réseau de 22 pays s'occupe de formation, élabore des plans de contrôle et d'évaluation et promeut la standardisation des politiques, le leadership des femmes et les programmes VIH avant et après déploiement. Dans l'élaboration de la riposte au VIH, le COPRECOS adopte une approche familiale et communautaire et intègre les personnels en uniformes qui vivent avec le VIH. Le COPRECOS est appuyé par un certain nombre d'organisations internationales dont l'ONUSIDA, le FNUAP, le PNUD et l'UNICEF. La Thaïlande, après la réussite de son programme militaire sur le sida, a établi un vaste réseau d'« anciens élèves » par le biais de son centre de formation régional à Bangkok, et est entrain d'établir un réseau asiatique régional. En juillet 2009, les forces militaires de 20 pays en Afrique de l'ouest et en Afrique centrale ont lancé un réseau régional destiné à favoriser les échanges concernant la riposte face au VIH dans leurs rangs et communautés. Leur but est d'arriver à une plus grande cohérence des politiques, de fournir une assistance technique, de promouvoir un partage des données concernant les modèles de prévention et réponse au VIH, et une plus grande collaboration avec le système des Nations Unies. Le continent africain s'est engagé avant les Nations Unies dans les questions relatives au VIH/sida au sein des missions de la paix (CPRD, 2008) mais les progrès ont été lents depuis. Après la transformation de l'Organisation de l'unité africaine en Union africaine (UA) en 2002, l'UA a mis en place un embryon de Force africaine en attente pour les opérations de soutien à la paix, et est entrain de for-

muler une politique commune de sécurité et de défense, qui prévoit d'aborder la question du VIH comme une question sécuritaire. La Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) a été dynamique dans ce domaine et travaille sur des directives pour l'harmonisation des politiques concernant le VIH, la TB et la malaria parmi les forces de la sous-région. Ce qui pourrait être un pas en avant décisif.

L'assistance militaire entre armées, et la coopération bilatérale et multinationale offrent d'importantes ressources financières et techniques, pour le renforcement de la prévention au VIH au niveau national et régional. Le Programme de prévention du VIH/sida du Département de la défense des États-Unis par exemple soutient certaines activités dans 70 pays au total. Les programmes sont basés sur les besoins du pays hôte, et encouragent l'élaboration de stratégies globales et une formation à la prévention, aux soins et au traitement parmi les services en uniforme. Le FNUAP est le plus grand fournisseur d'articles liés à la santé en matière de procréation (kits de dépistage, kits de prophylaxies post-exposition, préservatifs) destinés aux programmes des services en uniforme, et soutient des programmes nationaux dans plusieurs pays. Le secrétariat de l'ONUSIDA contribue à l'effort général des Nations Unies pour la riposte au VIH parmi les cadres des services en uniforme, et coordonne une Équipe spéciale des services en uniforme contre le VIH/sida à niveau mondial dans le but de renforcer et d'amplifier de façon efficace et globale la prévention, les soins, le traitement et la prise en charge du VIH pour les personnels en uniforme, leurs familles et communautés dans les pays développés et en développement.

Il est clair que, au regard du mandat et des buts des missions de maintien et soutien de la paix, celles-ci vont exiger de plus en plus des stratégies concernant la formation et les opérations différentes de celles enseignées dans les écoles militaires. La récente prolifération dans le monde entier de programmes et instituts de formation au maintien de la paix - à niveau national, régional et international, met en évidence les exigences et compétences particulières qui distinguent les missions de maintien de la paix d'autres situations de combat ou contextes nationaux. Cela est dû à des différences à la fois dans la culture militaire, dans le contexte du déploiement et au niveau des objectifs de la mission qui exigent souvent une interaction entre civils et militaires et l'établissement d'une relation de confiance avec les communautés locales. L'approche centralisée du commandement pour la prévention, le traitement et les soins du VIH/sida, devrait figurer dans les programmes d'enseignement et de formation.

### **3.3.4 Prévenir la violence sexuelle et le risque du VIH dans les opérations de maintien et consolidation de la paix**

Dans sa résolution 1325, le Conseil de Sécurité des Nations Unies a reconnu que les questions liées aux femmes et sexospécifiques étaient au cœur de la paix et de la sécurité internationale. La résolution 1820 (2008) a reconnu que la violence sexuelle exacerbait les conflits et était un obstacle à la restauration

de la paix et de la sécurité. Le risque d'infection à VIH qui y est associé crée une menace d'autant plus ravageuse, voire mortelle, qu'il a des conséquences sur les décennies à venir, car il compromet le redressement physique et psychosocial, crée des orphelins et déchirent les communautés. Bien que la volonté politique, l'engagement stratégique et l'indignation rhétorique n'aient jamais été plus clairement exprimés, il reste à changer la situation sur le terrain. Trop peu a été fait du point de vue opérationnel pour engager les soldats de la paix dans la protection de ceux qui sont vulnérables à la violence sexuelle, et dans la réduction du risque du VIH.

Bien que la prévention du VIH ait toujours été la première préoccupation de ceux qui travaillent avec les rescapées de violence sexuelle, la violence sexuelle elle-même devrait être un des premiers points d'entrée de la prévention du VIH. La décision de l'ONUSIDA d'inclure la violence sexuelle dans ses neuf actions prioritaires pour 2009-2011 est le signe d'une reconnaissance encourageante bien que tardive de l'urgence d'une action intensifiée (ONUSIDA, 2009). Les efforts internationaux qui visent à mettre un terme à la violence sexuelle, devraient aussi porter plus d'attention au VIH. Un exemple, UN Action (Initiative des Nations Unies contre la violence sexuelle dans les conflits) est un effort concerté du système des Nations Unies pour améliorer la coordination, énoncer les responsabilités, amplifier la programmation et le plaidoyer, et soutenir les efforts nationaux pour prévenir la violence sexuelle et répondre efficacement aux besoins des rescapées. Pour éviter que le viol en période de guerre ne devienne une norme en temps de paix, UN Action a mis en évidence le lien entre les résolutions 1820 et 1308 du Conseil de Sécurité afin que soit traitée la question du VIH et de la violence sexuelle dans les processus de paix, le contrôle des cessez-le-feu, et les DDR (Non au viol, 2009). UN Action a recommandé une formation qui permette de sensibiliser les personnels en uniforme, hommes et femmes, à la prévention du VIH et de la violence sexuelle avant leur déploiement dans les missions de la paix. UN Action appelle aussi à recueillir des données sur l'ampleur, les intentions et l'impact de cette violence durant les conflits et à enquêter sur les auteurs de violence sexuelle au sein des forces armées et de police.

Une coordination efficace entre l'armée, la police et les autres parties prenantes chargées de protection est nécessaire. UN Action et l'UNIFEM formulent actuellement en conjonction avec le Département de développement international du Royaume Uni, des stratégies susceptibles de mettre les moyens militaires et civils existants au service de la protection de la femme contre les violences. Ils formulent des directives fondées sur l'interprétation des mandats et définissent les responsabilités en matière de réponse à la violence sexuelle, et ils abordent différentes questions : formation avant déploiement spécifique à une mission, évaluation sécuritaire sexospécifique, et déploiement d'un nombre accru de femmes dans le personnel civil ou en uniforme des missions de la paix. L'alignement des stratégies de prévention et riposte au VIH et de ces efforts doit être une priorité.

### **3.4 VIH et maintien de l'ordre**

Le VIH dans les forces de l'ordre et surtout la police reste un sujet remarquablement négligé, malgré les nombreux facteurs de risque associés de façon unique à ce secteur (ASCI, 2007). Bien que la recherche indique que le taux de prévalence chez les policiers est plus élevé que dans la population générale de certains pays africains (Kershaw, 2008, p. 21), cette constatation ne peut être généralisée en l'absence de données fiables. Pearce (2007) remarque que beaucoup de suppositions concernant les taux élevés de prévalence au sein des services de police sont basées sur des déclarations sans fondement, souvent alarmistes et sur des stéréotypes incorrects qui ont pu contribuer à aggraver le climat de peur et de déni. Et Roderick (2007) met en garde contre le danger qu'il y a à imaginer une homogénéité de risque et prévalence au sein des forces de police. Les taux de prévalence dans les forces de police varient en fonction de l'origine ethnique, l'âge, le rang et les schémas de déploiement. De même que dans les armées, les effets se font sentir surtout dans les rangs supérieurs qui exigent une spécialisation et une longue formation. Pearce n'a pas pu trouver de données sur les femmes au sein des forces de police, sans parler de données regroupées par sexe.

Les questions concernant le VIH et les forces de police sont de deux ordres. Les premières concernent la façon dont les forces de police traitent le VIH au sein de l'institution, et les deuxièmes la façon dont les pratiques policières influent sur l'épidémie et la riposte à niveau national.

#### **3.4.1 Le VIH dans les forces de police**

Dans les forces de police, se posent aussi toutes les questions relatives au dépistage au moment du recrutement et pendant le service, au respect de la vie privée, à la stigmatisation et la discrimination, aux prestations médicales et à la promotion, et au risque opérationnel d'exposition au VIH. Si la police peut se trouver confrontée à des individus à haut risque ou à la violence, surtout dans les prisons, ces risques physiques et opérationnels peuvent être largement compensés par une formation et des précautions appropriées (Masuku, 2007). Cela ne s'applique pas cependant au même degré au risque social, un domaine où les policiers semblent plus vulnérables.

Les effets négatifs du VIH/sida dans les services de police entraînent une perte de productivité, une surcharge de travail, un moral en baisse, et une augmentation des dépenses médicales, congés de maladie et frais d'enterrement. Ces questions internes sont globalement les mêmes dans d'autres institutions chargées de la sécurité, y compris l'armée. Masuku (2007) a examiné l'impact du VIH sur les services de police sud-africains, et concentré son étude autour de Johannesburg. Il a constaté une augmentation considérable de 50% du taux de mortalité du personnel en service entre 2002/3 et 2004/5 (pour des causes diverses), et une augmentation significative du nombre de policiers en congé de maladie. Les données ne mentionnent pas si le taux de policiers malades ou décédés est substantiellement plus élevé que dans la population gé-

nérale, mais il est clair que ces services doivent faire face aux conséquences dans leurs rangs et sur leur efficacité opérationnelle.

Plusieurs études de cas démontrent que la police traîne loin derrière l'armée en matière de réponse aux défis posés par le VIH, institutionnellement et médicalement. Des insuffisances relatives se font sentir au niveau des politiques, de la conscience du problème et des infrastructures, ainsi que de l'accès aux soins. On peut attribuer ces insuffisances à un manque relatif de coordination, d'intérêt et d'institutionnalisation (Kruijt & Balconi, 2008, p. 32). Pearce se réfère à une étude de Pharoah (2005) pour constater de même qu'au niveau de la gestion des services de police au Malawi (MPS), on considérait encore le VIH comme un problème soit externe, soit individuel plutôt que dépendant de l'organisation. De plus, le cadre stratégique national formulé par le gouvernement n'était pas adapté aux besoins spécifiques des MPS et montrait d'importantes lacunes au niveau de la diffusion et de la mise en œuvre.

En Afrique du Sud et au Myanmar, les cadres administratifs se refusent à des discussions ouvertes sur le sujet (Pearce, 2008, pp. 8, 24-25). Masuku a en fait constaté une augmentation des comportements à risque chez les policiers qui avaient suivi une formation sur le VIH. Ces problèmes renvoient en partie au fait que les services de police sont exclus des politiques nationales qui donnent priorité au VIH. De semblables lacunes apparaissent également au niveau des programmes des DDR et du rôle que joue la police. Toutefois des résultats positifs sont fournis par Kruijt & Balconi qui démontrent que l'assistance technique accordée par des organisations telles que l'ONUSIDA et le FNUAP a pu donner de bons résultats en Amérique centrale. Ils en concluent que la situation peut être maîtrisée au moyen de politiques positives et d'interventions programmatiques. Cependant en général, il y a peu d'interaction entre les forces de police et les instances qui s'occupent des orientations politiques ou de la recherche dans le domaine du VIH.

### **3.4.2 « Policing the epidemics »**

L'expression "policing the epidemic" qui met en avant le rôle de la police dans l'épidémie se réfère à la façon dont les pratiques des forces de l'ordre exercent une influence sur le type de risques liés au VIH, qui à leur tour déterminent la trajectoire de l'épidémie. Les forces de police civile qui participent aux missions internationales de maintien de la paix sont confrontées aux mêmes problèmes et contraintes que leurs homologues militaires dans ces missions. Ils sont en fait même moins préparés et plus vulnérables au risque du VIH en vertu de leur contact direct avec les populations locales. Les policiers responsables du maintien de l'ordre sont en première ligne et en permanence confrontés à des groupes à haut risque, comme les consommateurs de drogues injectables ou autres drogues illégales, les professionnels du sexe, les enfants des rues, les femmes victimes de trafic, les émigrants illégaux, les rescapés de violence sexuelle et de viols, les homosexuels, les individus transgenres, ainsi que les détenus et les prisonniers. Dans ces groupes où l'épidémie sévit de fa-

çon concentrée, les pratiques policières peuvent avoir un rôle primordial dans soit la prévention, soit l'accélération des risques. Les pratiques d'échanges de seringues peuvent ainsi devenir des moteurs de l'épidémie au même titre que des lois qui s'appliquent à l'échange des seringues, à la prostitution, à l'homosexualité, à la prestation de services de santé aux émigrants. Une attention spéciale doit aussi être accordée aux populations carcérales qui sont à haut risque.

La perception qu'a le public de la police et de ses rapports avec les groupes à haut risque, détermine de façon significative si les forces de l'ordre sont amenées à jouer un rôle exemplaire ou à perpétuer les discriminations et stigmatisations existantes. La protection des professionnels(les) du sexe et la promotion de mesures propres à limiter les risques peuvent freiner ou inverser la trajectoire de l'épidémie. Dans les cas d'épidémie généralisée ces groupes sont également importants, de sorte que les pratiques des forces de l'ordre sont un facteur déterminant dans le schéma de l'épidémie.

Une seconde dimension du problème VIH et forces chargées de l'application des lois concerne le lien qui existe entre VIH et crime organisé. Trois domaines seront étudiés ci-dessous : le trafic des femmes et des enfants, le trafic des stupéfiants, et la criminalisation des États.

### **Les trafics**

Il existe peu de données fiables sur les trafics mais l'ampleur et les conséquences du problème sont de plus en plus évidentes. Dans son livre reportage passionnant sur le milieu du crime organisé à l'échelle planétaire, Glenny (2008) raconte l'histoire tragique d'une jeune femme, au pseudonyme de Ludmila Balbinova, originaire de la République de Moldavie, qui est allée en Israël avec la promesse d'un emploi de serveuse. C'était un piège. Un réseau de trafiquants l'a contrainte à se prostituer. Bien que Ludmila, démunie et traumatisée à vie, ait réussi à s'échapper et soit retournée dans son pays, elle n'ose pas se présenter chez elle par honte et peur des représailles. Elle est aussi séropositive.

L'histoire de Ludmila n'est qu'une porte ouverte sur un phénomène beaucoup plus large, celui de la criminalité internationale. Même des soldats de la paix en Bosnie et Herzégovine ont été impliqués (Allred, 2006). Tous les professionnels(les) du sexe sont vulnérables à la violence sexuelle et à l'exploitation, mais les femmes et les enfants victimes de trafics, le sont beaucoup plus que ceux qui ont gardé des liens avec leur communauté ou qui restent à l'intérieur des frontières de leur pays. Des exemples récents venus du Cambodge, de l'Indonésie et de Thaïlande apportent des preuves empiriques fiables d'une vulnérabilité accrue des femmes et filles victimes de trafics en comparaison avec les autres travailleurs du sexe (PNUD, 2009).

Dans leur façon de « régler » le problème du trafic du sexe et de la prostitution, la police et les forces chargées du respect des lois découragent ou

empêchent souvent les consommateurs de drogue ou les travailleurs du sexe de chercher un appui en matière de VIH. Ils créent aussi parfois des zones interdites et des ghettos clandestins, ce qui stigmatise d'autant plus les groupes concernés. Un contrôle policier des maisons de passe en Thaïlande a été associé à une violence accrue envers les professionnelles du sexe y compris par la police, et a pu également contribuer à former un secteur informel où des jeunes filles, surtout indigènes, arrachées des régions rurales ou d'au-delà des frontières ont un accès encore plus réduit aux services ou à une protection. En Amérique centrale, les policiers s'octroient des « droits de tirage » sur les travailleuses du sexe des environs (Kruijt & Balconi, 2008, p. 15) et commettent eux mêmes des actes violents sexuels ou sexistes. (Pearce 2007, p. 27).

Les résultats d'une activité de modélisation de « groupes noyaux » de transmission de l'épidémie, commandée par l'ASCI et effectuée par Watts et al. (2009) signalent le rôle significatif potentiel que pourraient jouer la police et d'autres hommes en position d'autorité dans certains contextes. Exercice qui remet en cause l'hypothèse longtemps acceptée que les professionnelles du sexe forment un « noyau central » de transmission du VIH, c'est-à-dire un groupe où les personnes, si elles sont infectées, sont susceptibles de transmettre l'infection un certain nombre de fois. La théorie classique du « groupe noyau » suggère que ces groupes transmettent l'infection à un grand nombre de populations « passerelles », leurs clients masculins, qui à leur tour transmettent le virus à leurs partenaires (Figure 3.7). Le noyau central est en général le premier ciblé pour la prévention au VIH, et donc plus susceptible de stigmatisation.

Si on considère les priorités concernant la prévention du VIH, les concepts venus des théories épidémiologiques aident à identifier ces priorités pour formuler une riposte efficace. La théorie du noyau central est un des ces concepts. Cependant dans sa simplicité il risque de laisser de côté des éléments importants. Le modèle proposé par Watt met en évidence trois de ces éléments. Premièrement l'idée selon laquelle les professionnelles du sexe forment un groupe homogène et ont toutes les mêmes chances de transmettre l'infection. Les recherches en sciences sociales montrent qu'il faut distinguer entre les individus et qu'il existe de nombreuses variables, telles que l'âge, l'étape de progression de l'épidémie, l'accès aux services et à la protection, l'expérience de la violence, et l'environnement de travail (maisons closes réglementées comparées à des services informels ou au sexe de survie transactionnel fondé sur le besoin). Deuxièmement même si ces théories du noyau central tiennent généralement compte du nombre de clients, peu d'attention est donnée aux clients non-commerciaux ou non payants. Ce sont souvent des hommes qui occupent des positions de pouvoir, soit des partenaires intimes, des proxénètes, des gérants/propriétaires de maisons de passe, des policiers ou des soldats, dont le taux de prévalence est souvent inconnu. Troisièmement les théories conventionnelles du noyau central, ne considèrent pas le facteur de la mobilité - comment les groupes entrent et sortent d'un lieu donné et combien de temps ils y restent, qui influence le risque de transmission.

**Figure 3.6**

**Vulnérabilité accrue des femmes objets de trafic, par rapport aux autres travailleuses du sexe**



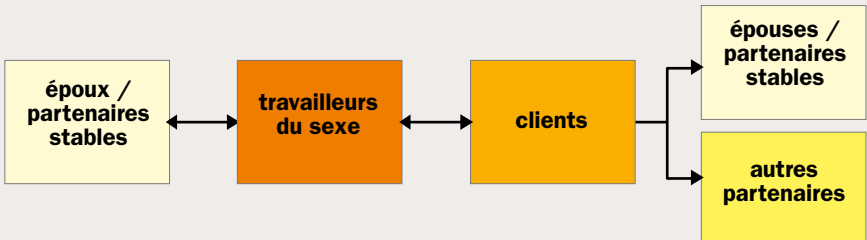
Crédit: Tyler Hicks/The New York Times/Redux

La théorie traditionnelle du noyau central (Figure 3.7) prévoit que le nombre d'individus qu'une personne séropositive est susceptible de contaminer dans une population vulnérable est déterminé en partie par la fréquence des changements de partenaires. Elle omet de considérer comment la mobilité d'un endroit à un autre et le temps passé dans chacun des endroits influencent les schémas de transmission. Watts et al. introduisent une nouvelle équation qui tient compte du nombre de partenaires sur une période donnée et du temps moyen ou un individu reste infectieux dans un lieu donné (Figure 3.8). Cette nouvelle configuration est particulièrement importante dans les situations de commerce du sexe où l'activité sexuelle et la mobilité sont élevées.

Le trafic du sexe dans les conflits augmente encore la mobilité des professionnelles du sexe tout en réduisant leur capacité à contrôler les circonstances dans lesquelles se déroulent les activités sexuelles. Le réseau étendu et profitable du trafic criminel de stupéfiants et d'humains, permet aux trafiquants de déplacer très rapidement les femmes pour éviter toute détection. Dans ces circonstances elles ont peu de possibilités de créer un réservoir stable du vi-

**Figure 3.7**

**Représentation du sexe commercial dans la modélisation du groupe noyau de la transmission du VIH**



Les nuances plus sombres représentent des changements de partenaires plus fréquents

Source: Watts et al. (2009)

**Figure 3.8**

**Concepts classiques du taux de base de fécondation et le « groupe noyau »**

$$R_0 = \beta cD$$

**R<sub>0</sub>** - Taux auquel l'infection se répand dans une population vulnérable

**β** - probabilité de la transmission du VIH

**cD'** - moyenne du nombre de partenaires sexuels d'une personne infectieuse dans un endroit

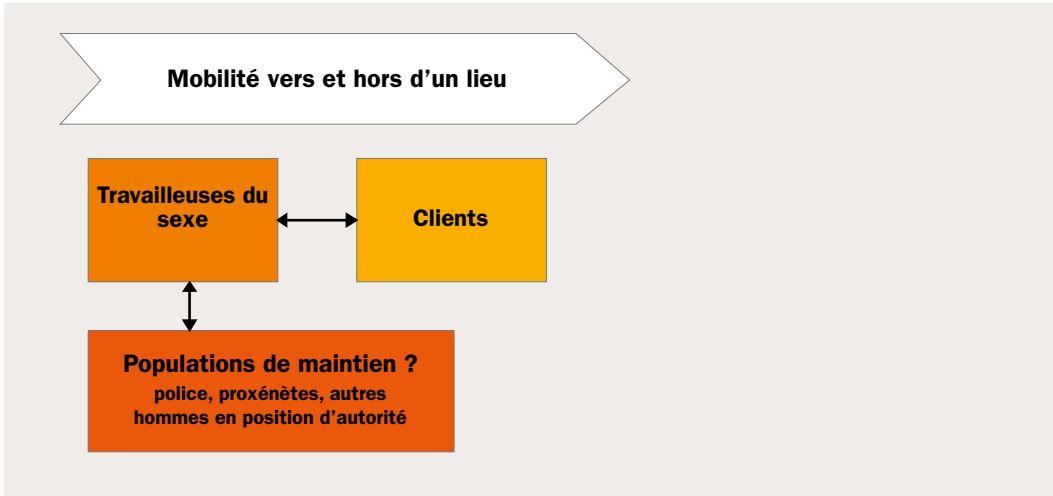
Source: Watts et al. (2009)

rus. Au contraire, le modèle de Watts et al. souligne le rôle des hommes dans le contexte des activités sexuelles - surtout les clients réguliers et les hommes qui contrôlent le commerce du sexe, y compris les proxénètes et ceux qui offrent « protection » aux professionnelles des maisons de passe et des rues, (dont, souvent, les policiers) dans la transmission du virus aux professionnelles nouvelles venues. Watts et al. proposent un scénario où ce sont ces groupes qui constituent une population de maintien, car ce sont eux qui fournissent potentiellement un réservoir stable et à long terme du virus, plutôt que les travailleuses du sexe de passage qu'ils infectent (Figure 3.9).

Bien qu'il n'y ait pas de données quantitatives à partir desquelles puisse être élaboré un modèle épidémiologique qui attribue un rôle approprié aux populations des professionnelles du sexe et aux hommes qui les contrôlent, le modèle de Watts et al. fournit une puissante base théorique qui permet de réviser les hypothèses antérieures. Il démontre que la contribution potentielle à une transmission continue du VIH par le groupe en contrôle est peut-être plus significative que celle des professionnelles du sexe. Il s'ensuit que les program-

**Figure 3.9**

**Les hommes sur les sites d'activités liées au sexe sont-ils un vecteur ignoré de l'infection**



Source: Watts et al. (2009)

mes et politiques de prévention du VIH, doivent choisir comme point de départ en priorité les groupes qui contrôlent le commerce du sexe, sans oublier leurs comportements à haut risque, et le pouvoir économique et coercitif que ces groupes exercent sur les femmes et les filles.

### **Le trafic des stupéfiants**

La consommation de drogues injectables, illégale dans la plupart des pays est une source majeure de transmission du VIH dans le monde. Il est aussi bien établi que l'usage de la drogue se répand là où elle transite, si bien que là où l'on ouvre de nouvelles routes de trafic (il y a quelques années dans les Caraïbes, et plus récemment en Afrique de l'Ouest et en Asie Centrale), la consommation des stupéfiants augmente, remplaçant les anciennes drogues récréationnelle privilégiées (ex. la marijuana dans les Caraïbes).

Beyrer et al. (2000) montrent comment la transmission du VIH s'est faite le long des routes du trafic de l'héroïne en Asie du Sud-est. Au moyen d'une analyse virologique des différents sous-types de VIH trouvés dans la région, ils ont pu identifier quatre routes, chacune associée à une différente variante du virus. Pour l'Asie Centrale, Ancker (2007) craint que la combinaison des trafics de drogue et d'humains n'aboutisse à une épidémie de VIH portée largement par les consommateurs de drogues injectables, et rendue plus probable du fait de la paralysie de l'État, conjuguée à la pauvreté et aux inégalités. Le trafic et la consommation des drogues injectables, telle que l'héroïne, sont associés à une augmentation du commerce du sexe.

La consommation de drogues non-injectables, comme les drogues récréationnelles synthétiques à la mode, par ex. le crystal meth, sont aussi associées au risque du VIH. Une des raisons étant la désinhibition qu'elles entraînent et une plus grande prise de risque, notamment les rapports sexuels non protégés.

### **La criminalisation des États**

Le troisième lien entre crime et VIH concerne le phénomène des syndicats du crime qui contestent l'autorité des États voire contrôlent les États en partie ou entièrement. Il existe depuis longtemps des versions de narco-États dans le « triangle doré » d'Asie du Sud-est, en Afghanistan, dans les républiques andines et les pays que se trouvent sur les routes de transit vers les États-Unis comme Panama. Ce phénomène se répand actuellement en Afrique de l'Ouest, où l'argent de la drogue et la violence sont devenus des facteurs importants dans des pays comme la Guinée Bissau. Certains d'entre eux étant déjà des « États criminalisés » sont plus vulnérables à ce genre de pénétration (Bayart, Ellis & Hibou, 1999).

L'émergence des narco-États est devenue une préoccupation internationale majeure concernant les stratégies politiques. Il est probable que l'usage de la drogue augmente dans les narco-États avec pour corolaire un risque accru au VIH, ce qui constitue un risque particulier dans des pays où le sida est déjà ultra endémique. Il existe aussi le risque important que des services gouvernementaux essentiels, y compris ceux de la santé soient affectés ou s'effondrent. Comme l'ont démontré Strand, Kinney & Mattes (2008), les capacités d'un État et la gouvernance sont les indicateurs les plus forts de la probabilité qu'un gouvernement pourra adopter les meilleures pratiques en matière de politiques de lutte contre le sida.

### **3.5 Secteur sécuritaire : conclusions**

Les recherches et analyses de l'ASCI soulignent la nécessité d'élaborer dans l'armée des politiques relatives au VIH/sida qui prennent en compte les exigences opérationnelles et institutionnelles des forces armées, qui à leur tour dépendent des besoins particuliers de sécurité de chaque État. L'ASCI recommande tout d'abord une approche centralisée du commandement dans la prévention contre le VIH et le traitement du sida dans les armées. Cette approche permet de placer la responsabilité des politiques et pratiques concernant le VIH au niveau de la structure interne du commandement plutôt que de la laisser aux services médicaux. Placer le leadership concernant les programmes VIH au plus haut niveau de la hiérarchie permettra de donner la priorité à une intégration des politiques en matière de sida aux procédures standard de l'armée.

Deuxièmement, un débat est nécessaire au sein des armées concernant les tests de dépistage du VIH/sida. Les tests obligatoires sont une pratique courante des armées et se justifient par les exigences opérationnelles. Cepen-

dant, cela est souvent perçu dans le cadre des droits humains comme allant à l'encontre de la confidentialité et des droits de la personne. Les militaires et les défenseurs des droits de l'homme tendent chacun à garder des positions inflexibles concernant le dépistage, ne comprennent pas la position adverse et ne voient pas la possibilité d'une approche alternative. Les conclusions de l'ASCI montrent la nécessité d'un nouveau débat qui puisse concilier les exigences liées au déploiement militaire et les inquiétudes plus larges concernant les droits humains. Tout en gardant à l'esprit la nécessité opérationnelle du dépistage au sein des forces armées, il faut aussi que celles-ci accompagnent le dépistage de conseil et d'un suivi approprié en ce qui concerne le traitement et les soins aux personnes séropositives.

Les conclusions de l'ASCI définissent de nouvelles priorités et de nouveaux défis concernant le VIH dans les missions de maintien de la paix. Elles mettent en évidence la nécessité d'une approche centralisée du commandement dans les stratégies de gestion du VIH qui alignent prévention du VIH et prévention de la violence faite aux femmes. L'idéal serait que l'ONU puisse fournir aux pays fournisseurs de contingents une assistance technique à la prévention, au traitement et aux soins du VIH pour toutes les troupes susceptibles d'être déployées dans les missions de maintien de la paix.

Un dernier point concerne le sujet très négligé des stratégies relatives au VIH dans les services de police et tous les services chargés du respect des lois. Des preuves recueillies dans plusieurs pays indiquent que dans ses réponses aux défis posés par le risque du VIH, la police traîne loin derrière l'armée. Ses infrastructures, programmes de formation, programmes d'orientation et de conscientisation la préparent relativement peu à traiter les risques encourus par ses forces, ce qui exigerait une coopération entre la police et les instances chargées de la lutte contre le VIH pour développer des interventions programmatiques positives. Il faudrait en outre une conscientisation concernant la façon dont les services de police et les services chargés du respect des lois déterminent les contours de l'épidémie à travers leur interaction avec des groupes à haut risque, comme les professionnelles du sexe, les homosexuels, les consommateurs de drogue et les travailleurs migrants illégaux. Le rôle que joue les services chargés du respect des lois dans le contexte des trafics de la drogue et du sexe ainsi que dans les syndicats du crime, augmente les risques. L'ASCI appelle à l'établissement d'un programme mondial de formation participative en vue de l'élaboration de politiques efficaces dans la lutte contre le VIH/sida dans les services chargés du respect des lois.



## 4. Le VIH/sida dans les conflits, les crises et transitions post-conflits

---

L'approche adoptée par l'ASCI concernant les situations d'urgence repose sur la prémisse analytique que les conflits armés ne doivent pas être perçus comme une simple catégorie environnementale mais comme appartenant à un contexte plus vaste, imprévisible et fluide où co-existent différents microenvironnements - leur conférant stabilité et stagnation, insécurité et volatilité. Dans ses conclusions, L'ASCI constate que, en ce qui concerne les liens étroits qui unissent le VIH et les situations d'urgence et transitions, le risque du VIH est plus susceptible d'être associé aux transitions post-conflits qu'aux conflits armés eux-mêmes. Cela ne signifie pas que toutes les transitions post-conflits soient des périodes de risque accru, mais que cela peut dans certains cas se produire. En réalité, les conflits peuvent être parfois un facteur de protection contre le VIH, là où des populations qui ont un faible taux de prévalence deviennent moins mobiles et ont un accès accru à l'aide humanitaire et à la prévention, le traitement et les soins du VIH. Par contre, certains facteurs contribuent à une augmentation des risques : des populations à taux de prévalence faible et élevé qui se côtoient au cours des migrations et des processus de retour et réintégration ; un accès plus limité aux services de santé et des interruptions de prestations ; et les violences et l'exploitation sexuelles accrues. Les recherches faites par l'ASCI permettent d'apporter de nouvelles preuves des liens entre la violence sexuelle -surtout dans les situations de conflit, et un risque accru d'infection à VIH. L'ASCI souligne dans ses conclusions le peu d'usage qui est fait des processus de désarmement, démobilisation et réintégration pour la prévention du VIH et le besoin qu'une attention soit accordée aux liens entre le VIH et les défis psycho-sociaux accrus auxquels sont confrontés les soldats, leurs familles et les rescapés de la violence. La conclusion principale à laquelle est parvenue l'ASCI est que des indicateurs instantanés - qu'ils mesurent la gravité d'un conflit ou la prévalence du VIH, ne peuvent saisir la nature complexe et la dynamique des changements sociaux et épidémiologiques qui interviennent et la façon dont ils évoluent dans le temps.

---

*Les conflits peuvent avoir une incidence sur l'épidémiologie du VIH/sida. Il est généralement admis que les conflits accélèrent la transmission du VIH, mais cette vue simplifiée ne tient pas compte de l'interaction complexe entre les facteurs qui peuvent accélérer ou au contraire inhiber la propagation du VIH dans les situations de conflits et post-conflits respectivement.*

Nancy Mock et al. (2004)

#### **4.1 Remise en contexte du risque VIH**

A la fin des années 90, l'inquiétude générale concernant les conséquences de la pandémie du VIH/sida sur la sécurité et la gouvernance tenait à la crainte que les liens entre le VIH et les crises humanitaires ne se renforcent mutuellement. Ces inquiétudes étaient aggravées par l'existence du rapport apparemment « pervers » qui existait en Afrique australe en 2002-2003 entre le VIH et l'insécurité alimentaire (Nelson, 2003; CHGA, 2008). Ces dernières années, des données plus précises, et de nouvelles recherches ont révélé un paysage d'interactions plus complexe et multidimensionnel, et dénoncé les strictes limites et le pouvoir d'explication limité des catégories standard de « groupes à risque » et « comportements à risque »

Un rapport de l'Institut de développement d'Outremer (ODI) évalue les risques posés par le VIH dans trois types de crises: les situations d'urgence, les catastrophes naturelles à déclenchement lent, et celles à déclenchement rapide (Samuels, Harvey & Bergmann, 2008). Les auteurs attirent l'attention sur le risque accru de violence sexuelle et de transactions sexuelles durant toutes les situations d'urgence et notent que l'accès à des services de prévention, traitement et soins est très limité dans les contextes de conflits et post-conflits. Les situations d'urgence possèdent toutes des dynamiques, des schémas de vulnérabilité et des mécanismes de défense différents, ce qui souligne la nécessité de mettre en contexte les risques et les réponses associés au VIH plutôt que de mettre en place des systèmes d'intervention standardisés.

L'ASCI est parvenue à des conclusions similaires dans son évaluation des risques du VIH dans deux espaces temps différents, c'est-à-dire pendant et après un conflit. Quand les conflits sont déclarés « terminés » il est rare qu'on puisse rétablir, même en partie, les normes telles qu'elles existaient précédemment. Presque invariablement, les populations affectées s'urbanisent et se stratifient, développent de nouveaux rapports de force, de nouvelles structures d'autorité, étendent leurs activités de marché, et connaissent un déclin des formes traditionnelles d'échange social. Le risque du VIH varie en conséquence, alors que l'accès aux services dans les camps pendant les conflits peut être plus facile que pendant les périodes de réinsertion et de retour. Les recherches de l'ASCI font état d'un risque accru pendant les phases de « consolidation de la paix » post-conflits et mettent en lumière l'importance d'une continuité des services d'une situation et d'une phase à une autre.

L'ASCI dénombre cinq facteurs clés qui influent sur la prévalence du VIH pendant et à la suite d'un conflit (voir aussi Mock et al., 2004). Le premier appartient aux caractéristiques propres de chaque épidémie de VIH, y compris le degré de prévalence avant le conflit. Le deuxième se réfère aux mouvements de populations et au brassage hétérogène. Les conflits peuvent protéger du VIH s'ils isolent les groupes à risque. Mais le risque peut aussi augmenter en présence du mélange de deux populations, l'une à faible, l'autre à haut niveau de risque qui résulte soit du déplacement des populations - volontaire ou forcé, soit des mouvements des forces armées ou des forces des missions de la paix (cf. Elbe, 2002). L'infrastructure sanitaire est le troisième facteur, y compris l'accès à la prévention, aux soins et au traitement du VIH. Les risques liés au VIH augmentent quand les services sont perturbés ou inaccessibles, surtout en ce qui concerne l'approvisionnement en sang testé, en traitements et soins des IST, en préservatifs masculins et féminins, en prophylaxies post-exposition (PPE) et les soins d'urgence en matière de procréation. Pour ce qui est des traitements antirétroviraux, une interruption dans la chaîne du froid est problématique et peut entraîner une résistance aux traitements. D'un autre côté certains groupes, comme les réfugiés, peuvent se trouver dans des circonstances où ils bénéficient d'un meilleur accès aux services de base. Le quatrième facteur a trait aux effets cumulés et conjugués d'autres formes de stress comme les catastrophes naturelles et la famine. Le cinquième facteur se réfère à la nature même des conflits armés qui, il faut le noter, diffèrent en intensité et dans le comportement des combattants. En particulier, l'incidence et la nature des violences et de l'exploitation sexuelles associées au conflit, perpétrées par les combattants et les autres, est un facteur important.

#### **4.1.1 Le VIH et les situations d'urgence : macro et microenvironnements**

L'approche adoptée par l'ASCI pour traiter les situations d'urgence et le VIH, a pour prémisse le fait que les conflits armés sont un contexte imprévisible et susceptible de changements non maîtrisables par les civils. Au centre de cet environnement en évolution, il peut y avoir des microenvironnements, comme par exemple les camps de réfugiés qui peuvent parfois offrir une certaine stabilité. La nature diverse des conflits et des expériences vécues par les individus et les groupes, même à l'intérieur d'un même conflit, exige une analyse qui se focalise sur ces facteurs contextuels. En outre il faut noter qu'un « groupe à risque » peut avoir des profils de risque contrastés et changeants à mesure qu'évolue un conflit et ses suites.

Plus important encore, il faut que l'analyse aille au-delà du niveau de données regroupées. Durant presque toute la dernière décennie, le débat entourant le VIH et les conflits s'est braqué sur la question unique de savoir si les conflits armés causaient une augmentation des taux de VIH. Intuitivement, il y avait de bonnes raisons de le croire. Cependant au vu des données, la réalité s'est avérée plus complexe. En 2004, Paul Spiegel a remis en cause l'idée répandue que les réfugiés des zones de conflits et les déplacées internes ont un taux de

prévalence du VIH plus élevée que les populations stables (Spiegel, 2004) Sa critique des données épidémiologique indiquait que la prévalence du VIH dans les situations de conflits n'était pas uniformément élevée et était déterminée par de nombreux facteurs, en particulier la prévalence du VIH dans les populations d'où étaient issus les réfugiés comparée à leurs hôtes, le degré d'interaction entre les deux, et le niveau des services fournis à la population réfugiée. Cette analyse a permis d'en finir avec la crainte que les réfugiés ne soient des vecteurs d'épidémie et stigmatisés en conséquence. Plus tard, Spiegel et ses collègues ont élargi leur analyse au-delà des populations réfugiées et ont soutenu que les conflits armés en général n'avaient pas d'impact épidémiologique mesurable sur le cours de l'épidémie dans la population en général (Spiegel et al., 2007). Spiegel et al. ont également conclu qu'il n'y avait aucune preuve que le viol à grande échelle aient une incidence sur la prévalence de l'infection dans les sept pays étudiés. Leurs recherches ont considérablement nourri le débat sur les limites des données existantes et les méthodes employées qui associent des facteurs de risque largement acceptés et les impacts réels (El-Bushra, 2008; Jewkes, 2007). Les questions au cœur de la controverse concernent l'absence de données fondamentales et celles concernant les populations à très haut niveau de risque (c'est-à-dire les populations hautement mobiles), les périodes étudiées et les conclusions agrégées, et le rôle de certaines variables, comme les programmes destinés à lutter contre le VIH, et un taux de mortalité des victimes de viols plus élevé avant que l'étude ne débute (Jewkes, 2007).

D'autres recherches tendent à confirmer ces conclusions au niveau de données regroupées. Une étude commandée par Sida 2031 sur le VIH et les transitions politiques et économiques rapides (Paxton, 2009), comprenait une analyse statistique de l'impact des conflits armés sur le VIH dans la période allant de 1990 à 2006. Paxton constate qu'une croissance économique rapide n'a pas d'impact significatif sur la prévalence du VIH et que les transitions politiques principales de l'autoritarisme à la démocratie sont liées à une augmentation d'environ 0,9% de la prévalence du VIH. Il note aussi que les guerres entre États n'ont pas d'incidence significative sur la prévalence du VIH alors que les guerres internes sont liées à une diminution du taux de prévalence d'environ 1,7%. Paxton n'en a pas conclu que les guerres réduisent le taux de prévalence mais plutôt que les taux auraient été plus élevés si le pays n'avait pas été en guerre. Une étude plus récente de Zorn & Iqbal (à paraître) suggère que les conflits internes ont peu ou pas d'impact sur la prévalence du VIH et que le lien établi entre sida et conflits est entrain de changer et même de se défaire à mesure que le temps passe. Même si établir un lien entre de vastes ensembles de données et des indicateurs simples reste une démarche hasardeuse, et si tirer des conclusions de cause à effet est difficile, une explication reste plausible, c'est que les efforts internationaux accrus dans le domaine de la lutte contre le sida ont pu en freiner l'impact (cf. McInnes, 2009).

Ce dernier point est particulièrement important parce qu'il serait à la fois facile et erroné de conclure que l'absence de tout lien entre les conflits et le niveau de prévalence du VIH dans la population globale signifie qu'il n'y a pas de problèmes et que par conséquent les décideurs peuvent sans risque ignorer les défis posés par le VIH au sein des populations touchées par les conflits. Une des raisons de ce résultat négatif tient peut-être justement au fait que ce lien a pu évoluer et que cela est dû aux politiques et aux programmes concernant le VIH, entre autres ceux du Haut Commissariat pour les Réfugiés (HCR) et au Fonds de population (FNUAP).

La thèse principale est que les indicateurs instantanés - qu'ils mesurent la « gravité » des conflits ou la prévalence du VIH, ne parviennent pas à saisir la nature dynamique et complexe des changements sociaux et épidémiologiques qui se produisent et évoluent dans le temps. Dans leur étude menée à la demande de l'ASCI, Seckinelgin, Bigirumwami & Morris (2008) font une remarque - méthodologique et analytique, qu'il convient de noter. Après s'être étendus sur la manière dont un conflit prolongé entraîne des changements sociaux et économiques d'une portée considérable même pendant les périodes où la violence a été relativement peu importante, les auteurs relèvent l'importance attachée à la catégorisation d'un conflit et le danger d'une désignation simplifiée, comme ça a été le cas du Burundi. Ils contestent la désignation de « conflit de basse intensité » qui, selon eux, est « trompeuse » et « ne reflète pas l'expérience vécue par les personnes pendant cette période de conflit » :

Utiliser l'intensité épisodique des combats comme point de référence à une évaluation du VIH/sida paraît simpliste. Il semble qu'on puisse plutôt attribuer le rapport existant entre le VIH/sida et le conflit au Burundi : a) à la façon dont les groupes armés se mobilisent, en particulier en tant que groupes rebelles dispersés dans le pays ; b) au déplacement vécu par la population ; et c) à la durée du déplacement et la mobilisation à long terme des groupes militaires et rebelles dans le pays. Nous soutenons que ces processus ont conduit à des disparités entre les sexes qui se sont exacerbées (Seckinelgin et al., 2008, p. 38).

En résumé, la riposte au niveau analytique et stratégique doit être à la fois mieux ajustée et holistique. L'ASCI a de ce fait concentré ses analyses à la fois au niveau de la population globale et à un niveau plus local.

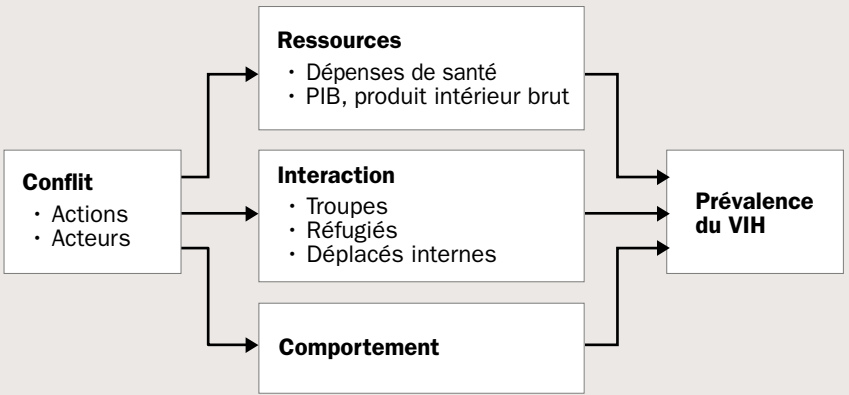
#### **4.1.2 Liens multiples et réciproques entre VIH et conflits**

L'ASCI a demandé à Davenport & Loyle (2009) d'entreprendre une étude empirique et quantitative du rapport existant entre VIH et conflits pour établir la nature empirique des liens qui existent entre les conflits et la prévalence du VIH. Les chercheurs ont utilisé et élargi un modèle conçu par Zorn & Iqbal (2010).

L'étude de Davenport & Loyle est composée de deux volets : une analyse quantitative de tous les pays où des données ont été recueillies (n= 197) pour estimer la relation (si elle existe) entre un conflit au niveau national et la pré-

**Figure 4.1**

**Modèle de Davenport & Loyle sur le VIH et les conflits**



Source: Davenport & Loyle (2009)

valence nationale du VIH, et une analyse de données non regroupée sur le lien entre la prévalence du VIH et du conflit au Rwanda, en utilisant les données du génocide et la durée du conflit en 1994. Ce modèle incorpore les facteurs suivants : comportement, ressources et interaction (Figure 4.1). Le facteur comportement permet de comprendre dans quelle mesure le conflit altère la perception que les personnes ont des risques qu'elles courent et de leur propre sécurité. Les indicateurs employés - durée du conflit, ampleur et étendue géographique, servent d'indices des effets immédiats du conflit sur le VIH. Le facteur ressources renvoie à une panoplie de facteurs économiques, y compris les dépenses de santé du pays, le commerce international et le produit intérieur brut. L'interaction englobe non seulement les mouvements de réfugiés mais aussi tous les autres types d'interaction entre les populations (qui ont des taux de prévalence différents) y compris les militaires et les soldats de la paix. Etant donné que les conflits peuvent engager des effectifs variables (et issus de populations qui ont des taux de prévalence variés et ont des tâches différentes en tant que combattants, personnel de la paix etc.), l'étude cherche aussi à saisir l'impact de ces facteurs. Davenport & Loyle examinent aussi la prévalence du VIH au sein des populations dont sont issus les réfugiés et les populations d'accueil, partant de l'hypothèse qu'une population de réfugiés se déplace aussi avec son taux de prévalence (mais non pas ses médicaments, sa sécurité ou son toit).

Cette étude conclut que les conséquences directes du conflit, mesurées selon son ampleur, sa durée et son étendue géographique n'ont aucune corrélation avec la prévalence nationale du VIH. Résultat homogène dans l'ensemble des données mondiales réunies, et pour l'Afrique subsaharienne. Davenport &

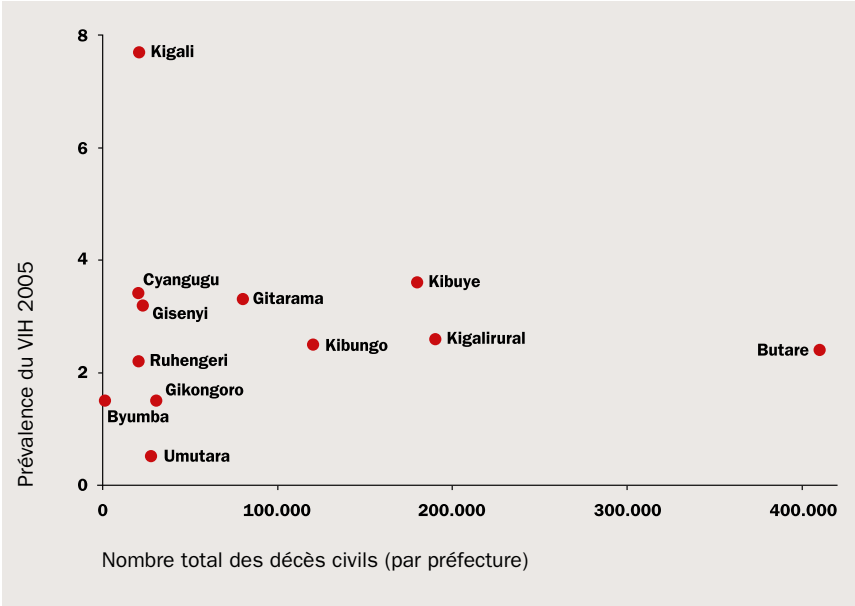
Loyle ont pu déterminer un lien entre la disponibilité des ressources nationales globales et le VIH, ce qui signifie que des ressources accrues implique un taux moindre de VIH, et vice versa, ainsi qu'une corrélation positive entre les conflits armés et la diminution des ressources. Les réfugiés issus des pays à haute prévalence tendaient à augmenter le taux de prévalence dans les populations d'accueil, tandis que les réfugiés de pays à moyenne ou faible prévalence n'avaient pas le même effet.

Davenport & Loyle ont également constaté qu'il y avait une corrélation négative significative entre la présence de troupes pour le maintien de la paix et la prévalence du VIH dans le pays où elles se déployaient, et ils supposent que cela est lié à l'accès au développement et à des ressources humanitaires nouvellement disponibles dans un pays qui accueille une mission de maintien de la paix. Ce qui concorde avec les affirmations de Lowicki-Zucca, Karmin & Dehne (2009) selon lesquelles les soldats de la paix n'introduisent pas une épidémie de VIH dans un pays d'accueil où le taux de prévalence est bas.

L'étude de cas faite au Rwanda s'est concentrée sur les liens entre le VIH et le conflit utilisant des données non regroupées portant de ce fait plus d'attention à des vecteurs spécifiques responsables de la propagation de l'infection. Les données du Rwanda permettent de tester les différentes composantes du modèle à un niveau plus local. Davenport & Loyle se basent sur des données concernant la violence perpétrée pendant le génocide de 1994 et la guerre civile (ampleur et durée, qui varient considérablement selon les préfectures) et les données sur la prévalence du VIH en 2005. Un grand nombre de Rwandais ont été déplacés ou sont devenus réfugiés pendant et après le génocide, et en plus des forces armées belligérantes dans le pays, on notait aussi la présence des missions du maintien de la paix. Alors qu'il n'existe pas de données fiables sur la violence sexuelle pendant le génocide, les enquêteurs constatent un taux exceptionnellement élevé de victimes de viols parmi les survivants du génocide et des taux très élevés du VIH parmi ces rescapées de viols. Plus tard les données sur la prévalence du VIH montrent un déclin du degré d'infection dans les zones urbaines aussi bien que rurales. Pendant ce temps, le Rwanda post-génocide a mis en place un système de santé jugé très bon, qui comprend un programme destiné à la lutte contre le sida. Malheureusement il a été impossible d'inclure l'élément « ressources » dans cette étude car on ne dispose pas de données non-regroupées par préfecture.

**Figure 4.2**

**VIH et ampleur du conflit: test de l'hypothèse de conflit au Rwanda**



Source: Davenport & Loyle (2009)

Davenport & Loyle démontrent que la durée du génocide et de la guerre civile en 1994 est un indicateur significatif de la prévalence du VIH onze ans plus tard, mais ne peuvent pas prouver que l'ampleur de la violence (le nombre de décès) ait eu des conséquences sur la prévalence du VIH (Figure 4.2). Ils constatent cependant (contrairement à leurs conclusions globales à ce sujet, et ce qui prouve la nécessité de tenir compte du contexte local), qu'il existe une corrélation positive entre la présence des troupes des missions de la paix des Nations Unies et la prévalence du VIH, quoique le résultat ait pu être biaisé du fait de la présence principalement urbaine des missions de la paix. Aucun impact de l'Opération turquoise de la France sur le VIH n'a été relevé. Le lieu et les mouvements des réfugiés étaient associés à un degré plus élevé de prévalence.

Pris ensemble, les deux volets de l'étude de Davenport & Loyle sont la confirmation que les effets importants des conflits sur le VIH sont indirects et variables. La corrélation qui reste particulièrement inquiétante est celle de l'impact de la violence politique sur la disponibilité des ressources à l'intérieur d'un pays et l'interaction accrue entre des populations à haut degré de prévalence avec des populations à risque (mais à faible prévalence). Cette étude par conséquent souligne la nécessité de mettre l'accent sur des populations spécifiques et des circonstances spécifiques.

### **4.1.3 Le VIH et les urgences alimentaires**

Une autre question qui fait l'objet de controverse est celle de l'insécurité alimentaire et la question de savoir si le VIH contribue au risque d'une « nouvelle variante de la famine » (NVF). Cette hypothèse premièrement émise par Waal & Whiteside (2003) veut que le VIH sape la résistance des individus et des ménages qui connaissent un stress, créant ainsi de nouveaux schémas de faim et d'insécurité alimentaire. Cette hypothèse est pertinente pour l'ASCI, dans la mesure où de telles crises peuvent (a) menacer la viabilité des États et des communautés sur le long terme, contribuant ainsi à des crises sécuritaires ; (b) recouper ou coïncider avec des conflits ou des situations d'insécurité ; et/ou (c) affecter les stratégies de survie des individus ou des ménages, contribuant ainsi à un risque plus élevé de transmission du VIH puisque que les individus touchés, surtout les femmes et les filles, adoptent alors des stratégies qui augmentent leur vulnérabilité.

L'hypothèse NVF a été étudiée sous différentes formes par des programmes de recherche sur l'impact du VIH sur les moyens de subsistance agricoles, la sécurité alimentaire et la nutrition. L'opinion générale confortée par les données, est que les effets du VIH sont réels mais relativement mineurs comparés aux effets des fluctuations météorologiques et des facteurs économiques (de Waal, 2006b; Gillespie & Kadiyala, 2005). Il existe des preuves d'une interaction perverse entre le VIH et l'insécurité alimentaire extrême puisque des individus extrêmement pauvres et vulnérables ont recours à des activités qui les exposent à un risque accru du VIH (Weiser et al., 2007; Vogel, 2007; Gillespie, 2008). L'exemple le plus évident est celui des jeunes femmes qui ont recours au travail sexuel, sexe transactionnel et « sexe de survie » à cause de la dureté extrême de leurs conditions. C'est à la suite de la crise alimentaire de 2002-2003 en Afrique australe que le Secrétaire des Nations Unies d'alors a annoncé une initiative sur la « triple menace » que faisait peser le VIH, l'insécurité alimentaire et la faible capacité des États (Annan, 2003). Cette initiative reste d'actualité.

### **4.2 Violence sexuelle et risque de transmission du VIH**

Bien que de nombreux érudits, praticiens et décideurs pensent ou défendent depuis longtemps l'idée que la violence sexuelle- en particulier dans les situations de conflits, est liée à un risque accru de VIH, il reste encore à la définir comme un facteur spécifique soit dans les modèles épidémiologiques sur le risque de transmission, soit comme point d'entrée pour la prévention et la riposte au sida. Les désaccords entre cette « littérature grise » largement acceptée, qui met ces liens en lumière, et les outils « scientifiques » biomédicaux et épidémiologiques qui mesurent le VIH, nourrit le débat dans les forums consacrés à l'humanitaire, la sécurité et la santé publique. Le tour que prendra ce débat, et ses conclusions, auront des conséquences significatives pour la riposte mondiale au VIH, les réformes du secteur sécuritaire et l'action humanitaire.

De nombreuses analyses des études qui associent les violences sexuelles et sexospécifiques et le risque d'infection à VIH ont été effectuées (Andersson, Cockcroft & Shea, 2008; Barahona-Strittmatter & Luciano, 2008; Dunkle et al., 2006; Silverman et al., 2008). Andersson, Cockcroft & Shea ont fourni un résumé du genre de preuves apportées pour établir le lien entre la violence sexuelle et sexospécifique et l'infection à VIH : (1) les études de suivi qui montrent un risque accru parmi les rescapés de viols qui étaient antérieurement séronégatives ; (2) les enquêtes de cohorte sur des partenaires discordants qui révèlent un taux plus élevé de risque d'infection chez ceux qui rapportent des violences ; (3) les études qui associent les abus sexuels contre des enfants à un risque d'infection plus tard dans leur vie ; (4) les études sur les conséquences indirectes du VIH chez ceux qui ont subi un premier rapport forcé, quel que soit l'âge ; et (5) un risque accru associé à la violence du partenaire intime. En sixième lieu, d'autres études apportent des preuves que la pratique du sexe « transactionnel » soumettent les femmes à un risque accru (Poulin, 2007).

Alors que beaucoup de ces études proviennent d'Afrique peu d'entre elles abordent les situations de conflits. Comme Seckinelgin, Bigirimwami & Morris (2008) en font la remarque, l'impact des conflits en fonction des spécificités de chaque sexe est difficile à identifier dans les données sur la population générale. Les limites inhérentes aux données sont bien établies concernant la prévalence du VIH avant, pendant et après un conflit ainsi que des données nationales représentatives des violences sexuelles au sein et en dehors de la famille. Même la physiologie de la violence sexuelle reste à étudier dans le cadre des estimations biomédicales concernant le risque de transmission du VIH. Les lacunes sont encore plus criantes en ce qui concerne les viols d'enfants en bas âge, et d'autres formes d'inceste et de violences sexuelles faites aux hommes et aux garçons. Les défis posés sont d'autant plus grands qu'il n'y a pas de consensus sur la définition de ce qui constitue la violence sexuelle et sexospécifique parmi les différents collectifs qui s'occupent de la santé, des droits humanitaires et humains, et que différentes formes de violence et d'exploitation coexistent fréquemment. Le fait que les violences sexuelles ne soient pas toujours rapportées et la difficulté qu'il y a à déterminer le degré de force et de coercition dans les rapports sexuels (et les indicateurs qui le mesurent) rend plus complexe encore les analyses d'association. Dans les situations de conflit, il est crucial d'observer les variations de ces facteurs sur le moyen et le long terme (Figure 4.3). Ce serait la seule façon de comprendre l'impact complexe et cumulatif de la violence physique, sexuelle et émotionnelle qui crée des environnements de vulnérabilité au VIH.

Vu ces défis, il n'est pas surprenant que Spiegel et ses collègues prétendent « qu'il n'y a pas de données qui prouvent que le viol à grande échelle augmente la prévalence générale de l'infection » (Spiegel et al., 2007, p. 2193) ou que le viol généralisé ne fait augmenter le taux général de prévalence du VIH dans un pays que de 0,023% (Anema et al., 2008). De nombreuses raisons expliquent que le haut niveau de transmission du VIH associé au viol ou la vulnérabilité ul-

térieure accrue des rescapés du viol, ne soit pas réfléchi dans les statistiques au niveau de la population globale ou dans les ensembles de données disponibles. Certains des ces facteurs sont mentionnés par Spiegel et al et Anama et al. D'autres ne le sont pas.

Par exemple, dans le cas du Rwanda, des taux qui atteignaient jusqu'à 70% parmi les rescapées de viols ont été rapportés après le génocide (Mujawayo & Blewitt, 1999; Elbe, 2002). Beaucoup de ces rescapées avaient subi aussi de graves lésions, des maladies et des traumatismes psychologiques. Mais ce n'est que dix ans plus tard que des efforts ont été déployés pour fournir des traitements antirétroviraux à ces femmes (African Rights, 2004). Logiquement la conséquence est le taux de mortalité élevé parmi les rescapées de viols qui vivent avec le VIH et le sida. De plus, comme les survivantes étaient presque toutes des veuves, qui sont restées seules, elles avaient un taux de fertilité très bas et n'auraient pas pu être détectées à l'entrée des cliniques prénatales. Les rescapés du génocide et du viol forment un très petit pourcentage de la population dans son ensemble, formant une proportion presque insignifiante de la population qui a servi de base à l'enquête de prévalence de 1997 (National AIDS Control Programme, 1998). Au moment où a été effectué le recensement général sur la santé et la démographie en 2005, le nombre des survivants des viols et du génocide s'était encore réduit du fait de leur mortalité, et aurait eu encore moins d'impact sur les schémas de prévalence du VIH dans la population du Rwanda.

Une autre explication concernant les conclusions d'Anema et al. serait qu'elles ignorent la significations du viol et de l'exploitation sexuelle dans la transmission du VIH au sein de sociétés sans conflits. Il est bien connu que les délits sexuels sont rarement rapportés. Il est possible que les niveaux de violence sexospécifique en temps de paix dans des pays comme le Rwanda ait été si élevés qu'ils n'aient pas modifié le niveau de prévalence en temps de guerre, seulement les schémas.

Le danger qu'il y a à tirer des conclusions hâtives à partir de données générales sur la population est bien illustré par ces études et réclame plus de nuance et des outils mieux susceptibles de comprendre la dynamique du sexe consenti et de la violence en temps de conflit ou de déplacement. La recherche de l'ASCI offre trois explications centrales aux dissonances constatées concernant les conclusions sur les liens réciproques entre violence et VIH : (1) la sous-estimation de la prédisposition physiologique et des facteurs de risque social dans les modèles épidémiologiques et comportementaux du risque de transmission ; (2) l'absence de données de base comparatives fiables sur l'incidence et la prévalence de la violence sexuelle avant, pendant et durant les conflits ; et (3) l'absence d'un consensus sur les définitions de la violence sexuelle en tant qu'indicateur. Les pages suivantes se proposent d'évaluer les facteurs physiologiques et sociaux qui unissent la violence sexuelle et la transmission du VIH et présentent de nouvelles preuves de causalité.

**Figure 4.3**

### **Violence sexuelle et risque de transmission du sida dans les zones affectées par les conflits**



**Environnement à risque:** évolution des facteurs socio-structurels avant, pendant et après les conflits, c'est-à-dire les infrastructures sanitaires, les structures familiales et sociales, les droits de propriété et les droits de succession ;

**Les dangers d'exposition** peuvent évoluer dans le temps selon les contextes et les lieux: par exemple les frontières, les camps, les établissements pénitentiaires, les schémas migratoires.

**La présence et les possibilités d'accès aux services** (préservatifs, santé reproductive, traitement, sang testé, vaccins ARV) varient avant, pendant et après les conflits. D'autres facteurs s'y ajoutent tels que l'infrastructure sanitaire existante, la prévalence du VIH, la présence humanitaire, le financement accordé à la lutte contre le SIDA.

**Les groupes à risque** varient selon le contexte et peuvent inclure des enfants soldats, des femmes associées aux groupes armés, des enfants des rues, des rescapés de violence sexuelle, des femmes « laissées derrière », des travailleurs du sexe,

**La vulnérabilité** dépend de trois facteurs étroitement liés :

- **les facteurs physiologiques**, comprenant les blessures génitales, l'environnement des muqueuses, la transmission vaginale ou anale, la présence d'IST ulcéreux, l'âge, le niveau de virémie. Ces facteurs peuvent être liés
- **au type de coercition** qui va de l'esclavage sexuel et le trafic forcé au sexe transactionnel et de survie, mariages précoces et forcés, polygamie et inceste ; les niveaux de force et de contrainte sont souvent associés à
- **la motivation** de l'auteur au sein et entre les groupes armés, la famille, le contexte humanitaire, le lieu de travail, les établissements scolaires, les établissements pénitentiaires. La violence et l'exploitation sexuelles et sexospécifiques peuvent être des armes de guerre, des actes criminels, opportunistes, une forme d'agression, de domination et/ou contrôle.

Source: Klot (2009)

#### **4.2.1 Physiologie de la violence sexuelle**

Bien que les recherches concernant le VIH/sida aient mis l'accent sur les facteurs biomédicaux et sociaux associés au risque de transmission, les modèles épidémiologiques de risque existants n'ont pas, jusque là, inclus la physiologie de la violence sexuelle comme facteur de risque. Le transfert biologique

du virus est plus probable si l'acte sexuel est accompagné de violence, et les rapports sexuels caractérisés par la violence sont statistiquement plus susceptibles de causer des infections (L'OMS & la Coalition mondiale sur les femmes et le sida, 2004; SVRI, Initiative de recherche sur la violence sexuelle 2007). Dans les zones de non-conflit, les infections transmises sexuellement lors d'une agression sexuelle sont les conséquences médicales les plus communes (Adlington & Burnett, 2004). Parmi les facteurs susceptibles de favoriser la transmission du VIH pendant les rapports sexuels forcés, on peut noter la plus haute probabilité de lésions et traumatismes génitaux et le fait que, chez les auteurs, on note en général une prévalence plus élevée que la moyenne de VIH et IST. Les lésions génitales augmentent le risque de transmission dans la mesure où elles perturbent l'épithélium multicouche stratifié vaginal qui recouvre l'appareil reproducteur de la femme et qui sert de barrière naturelle aux infections. Les sécrétions vaginales protectrices que l'on trouve présentes lors des rapports consensuels sont absentes en cas de viol (Adlington & Burnett, 2004). Il existe aussi des preuves que les enfants et les femmes âgées sont plus vulnérables aux lésions génitales après un viol, à cause de la taille et des caractéristiques des muqueuses propres aux organes reproducteurs sous développés chez les filles et jeunes femmes et plus fragiles chez les femmes plus âgées (Sommers et al., 2006; L'OMS & la Coalition mondiale sur les femmes et le sida, 2004). La différence d'âge entre partenaires et les difficultés qu'ont les femmes à imposer l'usage du préservatif (ou à obtenir des préservatifs) concourent aussi à expliquer les importantes disparités entre les hommes et les femmes concernant le VIH.

La littérature fait également une distinction entre les victimes de traumatismes simples ou à sites multiples. Dans les centres qui soignent les traumatismes, la proportion de femmes qui souffrent de lésions génitales est comprise entre 36% et 53%. Ce qui explique en partie que le risque puisse augmenter si les auteurs sont nombreux. Les femmes agressées subissent des ruptures des membranes de la peau et des muqueuses qui causent un saignement des parties génitales, facilitant ainsi l'entrée potentielle du virus du VIH. Les femmes violées souffrent plus souvent de traumatismes multiples que les femmes qui ont des rapports consensuels. Le FNUAP rapporte que des milliers de femmes à l'est de la République démocratique du Congo se sont présentées d'elles mêmes pour soigner des fistules conséquentes à des viols collectifs systématiques et répétés au cours des cinq années de guerre. Tant de cas ont été rapportés que la destruction du vagin est maintenant considérée blessure obtenue au combat, et est enregistrée par les médecins comme crime de guerre (RHM, Reproductive Health Matters, 2004). Cependant en dépit des preuves de l'augmentation des lésions, il n'existe toujours pas de données sur l'impact « par acte sexuel » de la transmission du VIH. Un risque accru peut aussi être associé à la pénétration anale, où le risque de transmission est plus élevé et l'usage du préservatif probablement moins fréquent.

Un certain nombre de sources indique que l'infection délibérée par le VIH a été utilisée comme une arme de guerre pendant le génocide au Rwanda et ses suites (Mills & Nachega, 2006; Donovan, 2002; Cohen, d'Adesky & Anastos, 2005; African Rights, 2004). Donovan rapporte le cas de témoins qui ont vu des maraudeurs porteurs du VIH qui annonçaient leur intention de violer et infecter les femmes comme un ultime châtiment qui garantirait de longues souffrances et des morts tourmentées. D'après Mills & Nachega, in 2006, le gouvernement de transition de la République démocratique du Congo a soumis un rapport à la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples dénonçant la transmission délibérée des IST, y compris le VIH à travers le viol. Ils déclaraient qu'au moins 2000 soldats étrangers contaminés venus du Rwanda et de l'Ouganda ont commis des actes de violence sexuelle avec l'intention de propager le VIH dans les provinces de l'est. Les États incriminés n'ont pas réfuté les allégations et la Commission a déterminé qu'ils avaient violé la première clause du Protocole additionnel aux conventions de Genève de 1949 ainsi que la Charte africaine sur les droits de l'homme et des peuples, et a demandé réparation (Mills & Nachega, 2006). Bien que les Ministères des affaires étrangères de l'Ouganda et du Rwanda aient nié ces allégations, ils n'ont pas directement commenté les conclusions de la Commission.

#### **4.2.2 Science sociale des violences sexuelles**

Des recherches de plus en plus nombreuses dans le domaine de la santé publique et des sciences sociales dans les zones de non-conflit identifient les facteurs sociaux qui déterminent les risques d'infection à VIH dans le contexte de rapports ou transactions sexuels. Watts et al. (2009) fait un compte rendu de cette littérature. En Afrique du Sud, les femmes dont les partenaires sont violents ont 50% de plus de risques d'être infectées que les autres femmes (Kalichman et al., 2007). En Tanzanie, les chances que des violences soient rapportées sont dix fois plus élevées chez les jeunes femmes séropositives que chez les jeunes femmes séronégatives (Mmbaga et al., 2007). Parmi les femmes mariées qui ont des partenaires violents à Goa en Inde, le risque d'IST est trois fois plus élevé que chez les femmes mariées à des partenaires non-violents (Rodrigues et al., 1995). A Rakai en Ouganda, les jeunes filles qui rapportent des rapports forcés ou coercitifs sont plus vulnérables au risque d'infection à VIH (Koenig et al., 2004). Dans ces exemples, il est probable que le risque accru d'infection à VIH est non seulement dû à l'usage de la force mais aussi au fait que les hommes violents sont plus susceptibles d'avoir de nombreuses partenaires ce qui multiplie les risques de IST y compris d'infection au VIH. Westerhaus et al. (2007) établit un lien entre le risque d'infection au VIH et la violence structurelle au nord de l'Ouganda, y compris la répression politique, les inégalités économiques et la discrimination fondée sur le sexe.

La violence sexuelle et la coercition sont utilisées dans les situations de conflit et de post-conflits pour un grand nombre de raisons - stratégie délibérée de guerre, pour humilier les communautés, les extorquer, punir, torturer. El-Bushra

(2008) demande qu'une plus grande attention soit accordée aux différentes facettes de la « violence sexuelle » et des risques qui y sont associés dans les situations de conflit.

« On ne peut pas, dit-elle, supposer que le viol opportuniste et isolé est le seul existant ou même prévalent dans les contextes en question. En réalité, la violence sexuelle dans un conflit peut souvent prendre la forme de relations sexuelles forcées à long terme, qui peuvent aller de l'« esclavage sexuel » où de jeunes filles enlevées jouent le rôle d'« épouses », à des agressions délibérées sur la personne visant à sa destruction commises par des attaquants multiples pendant des semaines et des mois. » (p.2)

Le viol peut aussi être à court terme avec changement de partenaire fréquent ce qui augmente le risque de transmission des IST et du VIH.

Une dimension supplémentaire, mentionnée par Elbe (2002) est la menace ou la peur qu'éprouvent de nombreuses femmes d'être contaminées si elles sont violées puis, après un viol, d'avoir été contaminées, ou, si elles se retrouvent enceintes après un viol, la crainte que l'enfant qu'elles portent ne soit séropositif. Il y a donc également une forte dimension psychologique, indépendante du fait que la transmission ait eu lieu ou non. Si les femmes ne peuvent accéder au dépistage, elles ne peuvent jamais exclure l'hypothèse qu'elles ont été infectées.

Au cours d'un conflit et d'un soulèvement, les facteurs sociaux de protection, liés aux coutumes qui gèrent les rapports pré-maritaux sont souvent érodés. Dans une situation désespérée, l'acte sexuel devient une stratégie de survie - pour les femmes et les jeunes filles (et à un moindre degré pour les hommes et les garçons) et débouche sur différentes formes de violence dans le contexte des écoles, des passages de frontières et des mariages précoces. Une évaluation sociale par sexe dans un camp de réfugiés en Ouganda, note que dans les foyers dont les revenus sont insuffisants pour nourrir, habiller et abriter toute la famille, les femmes ont souvent recours à des rapports sexuels transactionnels avec des hommes, que ce soient des membres de la communauté, des réfugiés mieux lotis ou des déplacés internes (PDI), des soldats, des commerçants ou des employés du camp, qui peuvent leur fournir nourriture ou argent ou subvenir à d'autres besoins élémentaires. De nombreuses femmes déplacées ou réfugiées ont recours au commerce du sexe ou au troc sexuel. Les femmes demandeurs d'asile se voient souvent dans l'obligation d'accorder des faveurs sexuelles aux fermiers qui leur offrent travail et nourriture et deviennent les partenaires semi-permanentes de ceux qui leur fournissent leur subsistance dans les communautés hôtes.

Une étude de l'OMS à l'est et au centre du Soudan (OMS et la Coalition mondiale sur les femmes et le sida, 2004) constate que 27% des mères célibataires étaient devenues des professionnelles du sexe pour gagner leur vie. Les femmes se voyaient obligées à avoir recours à des rapports sexuels de survie

ou à échanger des faveurs sexuelles contre des produits de première nécessité. Leur faible niveau de scolarisation et de connaissance augmente également leur vulnérabilité au risque d'infection à VIH, alors même que le déni et les stigmatisations sont généralisés, y compris la conviction que le VIH n'existe pas et est une invention étrangère.

Hankins et al. (2002) prétendent que parce qu'ils représentent une source de revenus et de protection, ce que les soldats appellent des aires de « repos et récréation » (R&R) apparaissent à proximité des bases militaires. Par ennui ou par frustration, les soldats fréquentent ces R&R ou une prostitution à grande échelle se développe, créant ainsi des groupes à haut niveau de risque d'infection à VIH.

Au Salvador, l'augmentation du nombre d'infections par le VIH a été attribué à un degré élevé de comportements à risque associé à une guerre civile de douze ans et le nombre de centres consacrés au commerce du sexe établis autour des postes militaires (Wollants et al., 1995; cité dans Hankins et al., 2002). En Ouganda, il existe une corrélation entre les premiers schémas géographiques d'incidence du VIH et les schémas ethniques des recrutements dans l'Armée nationale de libération de l'Ouganda après le renversement d'Idi Amin en 1979 (Smallman-Raynor & Cliff, 1991; cité par Hankins et al., 2002). Il est possible de constater aussi un degré élevé de prostitution et d'exploitation sexuelle, y compris le concubinage, près des bases militaires et des aires de R&R dans les pays avoisinants.

Dans les communautés frappées par les conflits au nord de l'Ouganda, le travail du sexe est pratiqué en grande partie par des femmes non mariées, veuves ou séparées qui se trouvent dans les camps et les communautés hôtes, et ont peu de possibilités de subvenir à leurs besoins autrement. Elles font payer de 200 à 2 000 sh U (0,12 à 1,20 \$US). Certains hommes des communautés hôtes rapportent même que, à cause de leur situation financière personnelle, les réfugiées professionnelles du sexe sont moins chères que les professionnelles ougandaises (Banque mondiale, 2005, p. 87). Dans les camps de réfugiés, des femmes ont rapporté une augmentation des incestes. Les hommes de la famille en état d'ébriété étant en général responsables. La plupart des personnes interrogées déclarent que l'augmentation des rapports incestueux et des profanations est dû à la disparition de la culture traditionnelle du groupe ethnique des Acholi prédominants dans le camp et l'absence de solides institutions culturelles. Les responsables du camp et les femmes mariées rapportent également une augmentation de femmes battues. Ce fait étant attribué partiellement aux tensions psychologiques vécues par les personnes dans les camps, souvent associées à la consommation d'alcool (Banque mondiale, 2005, p. 114).

Dans la même étude réalisée par la Banque mondiale, des chercheurs ont noté que, en République démocratique du Congo, des hommes peuvent donner un accord tacite ou même encourager leur femme, leurs filles ou autres femmes

de la famille à se livrer au commerce sexuel avec les hommes des communautés hôtes (Banque mondiale, 2005, pp. 49-50). Cela est dû principalement au fait qu'il n'y a pas d'autre moyens d'existence surtout pour les hommes. Dans pareilles situations la survie du ménage dépend de la nourriture, de l'argent et d'autres ressources provenant de transactions sexuelles. Dans les rares cas où des hommes ont obtenu nourriture ou autres biens à travers des faveurs sexuelles accordées aux femmes de la communauté hôte, ces ressources supplémentaires n'étaient en général pas partagées avec la famille.

La violence sexuelle au sein des armées est très répandue mais rarement rapportée, chez les hommes aussi bien que chez les femmes. Le chapitre 3 expliquait que les arguments qui veulent que le soldat soit le « vecteur principal » de l'épidémie, ne tenaient pas en face des conflits contemporains ou la prévalence parmi les militaires est semblable dans certains cas à celle des civils. Bien qu'on dispose de peu de données à ce sujet, le risque d'infection à VIH est aussi associé au nombre plus élevé d'hommes qui ont des rapports avec des hommes dans les situations où le choix de partenaires se limite aux partenaires du même sexe, comme dans les prisons ou les camps de prisonniers (Hankins et al., 2002). Ces espaces clos sont propices à des actes de violence sexuelle, y compris les viols d'hommes par des hommes. Il faudrait une meilleure connaissance sur les auteurs et les victimes de violences sexuelles, pour comprendre la dynamique de ces rapports et pouvoir déterminer les possibilités d'intervention (Andersson, Cockcroft & Shea, 2008, p. 81).

#### **4.2.3 Violence sexuelle et risque d'infection à VIH suites à un conflit**

Un nombre croissant d'études montrent que la violence sexuelle ne cesse pas quand cessent officiellement les combats c'est-à-dire après la signature des accords de paix (Meintjes, Turshen & Pillay, 2002; Mock et al., 2004; Jewkes, 2007). Dans certaines situations post-conflits, comme au Libéria, le degré de violence sexuelle reste élevé, et dans certains pays la violence contre les femmes peut en fait augmenter après un conflit, bien que la dynamique puisse changer (Rehn & Sirleaf, 2002).

D'Awol (2008) démontre que la situation post-conflit au Sud-Soudan réunit un nombre de facteurs défavorables qui contribuent au risque d'une épidémie généralisée. Beaucoup de ces facteurs sont la conséquence de la guerre, du type de violence sexuelle et sexospécifique existant, des coutumes et des barrières culturelles et du climat difficile qui a suivi la signature de l'Accord de paix global. D'Awol décrit le contexte défavorable dans lequel se font les interventions concernant le VIH : absence de services de base, d'infrastructures concrètes et de ressources humaines ; faibles taux d'alphabétisation ; violences et tensions continuelles autour du vol de bétail nécessaire à la constitution de dots et les abductions qui s'ensuivent, ainsi que les violences sexuelles contre les femmes et les enfants. Le fait que les femmes dans certains endroits représentent jusqu'à 65% de la population a engendré des phénomènes tels que les mariages précoces, les « femmes héritées » le sexe transactionnel et la

polygamie, ainsi qu'un taux élevé de divorces. Ces phénomènes sont aggravés par l'afflux considérable de professionnelles du sexe venues des pays voisins. Cette dynamique et ces pratiques font que les conditions d'une épidémie accélérée du VIH sont réunies. Alors que le Sud-Soudan ne dispose pas d'une infrastructure sanitaire de qualité, et qu'un nombre considérable de Sud-soudanais n'ont jamais entendu parler du VIH, ni de comment il est transmis, ni de comment enrayer sa transmission (D'Awol, 2008, pp. 7-8).

Dans une étude réalisée pour l'ASCI sur la violence et l'exploitation sexuelles (VES) dans la transition post-conflit en Sierra Leone, John-Langba (2008) prouve de façon similaire que la pauvreté, l'insécurité et les faibles réseaux d'appui social sont susceptibles de rendre les femmes plus vulnérables aux VES dans un contexte où elles disposent d'un accès limité aux services de santé sexuelle et reproductive ou autres services d'appui. Pendant la durée du conflit, on estime que 33% des femmes et des filles ont été victimes de violence sexuelle, y compris les abductions, l'esclavage sexuel et les mariages forcés. La violence sexuelle a été perpétrée par toutes les parties engagées dans le conflit, y compris par des membres du Groupe de contrôle de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (ECOMOG) et a eu de graves répercussions sur la santé, la santé mentale et le social. Le rejet des victimes par leur famille, conjugué à l'impunité dont jouissent les auteurs de violences, font que les femmes rescapées de ces violences sont doublement victimes (John-Langba, 2008, pp. 12-15).

En dépit de tous ces facteurs, le VIH a reçu peu d'attention en Sierra Leone jusqu'à récemment (Denov, 2006). Ces dernières années cependant le gouvernement a exprimé sa volonté d'agir pour lutter contre le sida, alors que des fonds internationaux ont assuré la mise en place d'un certain nombre de programmes d'intervention. Denov et John-Langba concluent tous les deux que la nature patriarcale de la société, le statut subordonné des femmes, les mariages forcés et les mutilations génitales, les croyances et pratiques culturelles, la scolarisation réduite des filles, et les manifestations violentes de masculinité, sont des défis aux efforts qui visent à empêcher la propagation du VIH. Dans les transitions post-conflit actuelles, ces questions sont aussi insidieuses qu'elles l'étaient au cours des conflits, bien que la violence puisse être plus répandue au niveau domestique. Il est essentiel de comprendre comment ces schémas évoluent dans le temps si on veut agir efficacement dans la prévention et la lutte contre le sida.

#### **4.2.4 Modélisation de la violence sexuelle comme facteur de risque du VIH**

S'appuyant sur Spiegel et al. (2007), Anema et al. (2008) montrent que les estimations faites à niveau national de la prévalence du VIH ne sont pas assez précises pour rendre compte de la complexité et des effets contrastés des conflits sur la transmission du VIH. Ils réalisent une modélisation qui leur permet de conclure que le viol ne contribue qu'à un faible pourcentage de la pré-

valence du VIH. Supervie, Halima & Blower (2009) qui ont utilisé par la suite le même modèle mathématique n'ont pas pu reproduire ce résultat et sont arrivés à la conclusion opposée, c'est-à-dire que le viol collectif dans les pays de l'Afrique Subsaharienne frappés par des conflits, peut être associé de façon significative à une augmentation de l'incidence du VIH. Leurs résultats montrent qu'une médiane de 8% (écart interquartile 3-17) de l'incidence annuelle dans les sept pays touchés par des conflits, pourraient être attribuée aux viols collectifs. La moyenne annuelle de nouvelles infections par le VIH chez les femmes violées varie grandement d'un pays à l'autre, allant d'une médiane de 70% (écart interquartile 32-139) en Somalie, à une médiane de 1581% (écart interquartile 727-3157) en République démocratique du Congo.

Dans leurs recherches faites à la demande de l'ASCI, Foss et al. (2009) emploient un modèle mathématique pour estimer dans quelle mesure les différentes situations de violence, coercition ou déplacement de population interviennent et tendent à augmenter le risque individuel d'acquisition du VIH. Les conclusions de Foss et al. montrent que pour un éventail de scénarios de conflit plausibles le risque d'un individu d'être contaminé par le VIH varie sensiblement. Leur équation et modèle analytique évaluent la probabilité relative qu'un individu soit infecté par le VIH dans des scénarios de conflit, puis dans des scénarios comparables de non-conflit, et estime aussi le rôle potentiellement significatif du viol sur l'incidence du VIH au niveau de la population (Tableau 4.1). Ils en déduisent l'existence de quatre déterminants cruciaux du risque individuel de contamination en cas de viol et de violence sexuelle dans un contexte de conflit par rapport à un contexte de non-conflit : (1) la prévalence des IST et du VIH chez des hommes à haut risque/violents comparée aux autres hommes ; (2) l'ampleur de la coercition et des traumatismes génitaux et dans quelle mesure ils facilitent la transmission du VIH. (3) le nombre de partenaires/assaillants et le nombre d'actes sexuels ; et (4) l'accès aux services concernant le VIH, les IST et PPE.

Concernant le rapport sexuel anal, on estime que la probabilité de transmission est dix fois plus élevée que pour un viol collectif vaginal, car il faut tenir compte du cofacteur de traumatisme, 6 pour un traumatisme physique accru, plutôt que 3. Des suppositions prudentes ont été faites concernant la probabilité d'une infection d'homme à femme au cours d'un acte sexuel vaginal (0.002) et la probabilité d'une infection d'homme à femme au cours d'un acte sexuel anal (0.01). Le modèle suppose au départ que le risque de traumatisme génital par acte sexuel augmente par un facteur de 1.5 par traumatisme simple, de 3 pour traumatismes à sites multiples (par exemple viol collectif, pénétration avec objet) et de 6 pour un viol anal. (sans traumatisme la probabilité est de 0.02). La prévalence du VIH et des IST est supposée être deux fois plus élevée chez les hommes à haut risque/violents que chez les autres. La probabilité est trois fois plus élevée si le VIH est associé aux IST.

Foss et al. ont construit un modèle de scénario sur les effets possibles des mouvements de population qui peuvent survenir en situation de conflit et post-conflit. Sans surprise ils ont constaté que l'afflux d'une population qui a été plus exposée au risque sur une population où le risque est inférieur, génère un risque plus élevé que s'il n'y avait pas eu de mouvements de population, alors que l'afflux d'une population moins exposée au sein d'une population plus touchée est associé à un risque réduit.

**Tableau 4.1**

**Modèles de scénarios : violence et coercition contre des femmes adultes<sup>1</sup>**

<b>Scénario de conflit</b>	<b>Comparaison</b>	<b>Ratio du risque</b>
<b>Femme adulte, forcée à avoir des rapports avec des combattants inconnus</b>	<b>Même nombre de rapports consensuels avec un partenaire de la communauté</b>	<b>4.3</b>
<b>Femme adulte violée par 3 hommes - avec un partenaire à moindre risque avec qui elle a trois rapports consensuels</b>	<b>3 rapports consensuels avec un partenaire masculin à moindre risque</b>	<b>5.3</b>
<b>Femme adulte a un échange sexuel avec plusieurs membres des forces en uniforme (traumatisme une fois sur 8)</b>	<b>Même nombre d'actes consensuels avec un homme dans sa propre communauté</b>	<b>1.5</b>
<b>Femme adulte, un quart de ses rapports sont forcés par son partenaire masculin à haut risque (un seul site de traumatisme)</b>	<b>Même nombre d'actes consensuels avec un partenaire masculin qui n'a pas connu de situation à haut risque</b>	<b>1.6</b>
<b>Viol anal d'un homme ou d'une femme adultes par 3 hommes ; partenaire à moindre risque avec qui elle a trois rapports consensuels penis/vagin.</b>	<b>3 actes consensuels penis/vagin avec un partenaire à moindre risque.</b>	<b>86</b>

Source: Foss et al. (2009)

<sup>1</sup>Suppositions clés:

- La prévalence du VIH et des IST est deux fois plus élevée chez les hommes à haut risque/violents que chez les autres.
- La probabilité d'infection à VIH par acte sexuel vaginal H→F est de 0.002
- La probabilité d'infection à VIH par acte sexuel anal H→F est de 0.01
- On suppose qu'un traumatisme génital augmente le risque par « acte sexuel » par un facteur de multiplication de :
  - 1.5 pour un site unique du traumatisme
  - 3 pour des sites multiples du traumatisme (viol collectif)
  - 6 pour un viol anal (la probabilité sans traumatisme est de 0.02)
- Les IST multiplient par trois la probabilité d'une transmission du VIH

#### 4.2.5 Implications pour les politiques et les programmes

Le débat au sujet de la violence sexuelle et de son rôle dans la transmission du VIH, pose la question cruciale de savoir quels sont l'utilité et le pouvoir explicatif des indicateurs biomédicaux - surtout les données de prévalence nationale, pour évaluer le risque individuel, comprendre l'impact du VIH et ses moteurs et cibler les interventions. Les conclusions de l'ASCI mettent en lumière les défis que représentent la collecte de données épidémiologiques et leur pertinence en l'absence de données fondamentales et comparatives concernant aussi bien le VIH que l'incidence et la prévalence de la violence sexuelle (en particulier sur des périodes, groupes d'étude, tranches d'âge comparables, et chez les hommes/garçons). Elles relèvent aussi des défauts considérables dans les modèles épidémiologiques, qui ne tiennent pas encore compte des implications virales de la violence sexuelle dans le risque de transmission.

Andersson, Cockcroft & Shea (2008) posent la question centrale au cœur du débat : la diminution de la violence sexuelle et des violences sexospécifiques dans les pays où le VIH est hyperendémique pourrait-elle entraîner aussi une diminution du risque d'infection à VIH, surtout pour les jeunes femmes et les filles ? Bien que la prévention du VIH soit probablement la réponse immédiate à la violence sexuelle (au moyen du traitement des IST, de l'accès aux PPE, etc) il est peu probable que la prévention de la violence sexuelle soit le point d'entrée de la lutte contre le sida dans le contexte des programmes de DDR, dans les campagnes d'information et d'éducation et les programmes de reconstruction et relèvement rapide. La question de la violence sexuelle est en général abordée (et jouit par ce biais de financement et d'une programmation) dans le cadre soit de la défense des droits humains, ou de la santé en matière de procréation ou des questions sexospécifiques.

Étant donné que la plupart des recherches faites sur la violence sexuelle et sexospécifique (VSS) et le VIH proviennent d'Amérique du Nord, Andersson, Cockcroft & Shea soulignent la nécessité de renforcer la recherche et les capacités en matière de VSS et riposte au VIH. L'ASCI conclut qu'une action urgente est nécessaire pour que le phénomène de la violence et exploitation sexuelles serve de cadre organisationnel dans le contexte de la riposte mondiale contre le sida. Il faut aussi considérer la VSS en tant que facteur dans les modèles épidémiologiques de transmission. Tant que le rôle de la force ou de la coercition ne sont pas explicitement pris en compte dans les données qui associent le VIH et des facteurs tels que l'initiation sexuelle, le degré d'expérience, la différence d'âge entre partenaires, l'âge au moment du mariage, et même l'utilisation des préservatifs, tout impact potentiellement décisif dans le risque de transmission restera occulté. Un accord au niveau théorique, juridique et politique est nécessaire sur ce qui constitue la violence sexuelle et la force dans divers contextes socioculturels, et davantage de recherches doivent être menées pour expliquer les schémas, l'échelle et l'ampleur de la violence sexuelle dans le temps.

### **4.3 HIV Risque du VIH dans les transitions post-conflit**

Un constat majeur qui ressort des recherches de L'ASCI est que les transitions post-conflits ne sont pas perçues comme pouvant accroître le risque d'infection à VIH, et expliquent par conséquent que l'occasion d'un engagement politique et stratégique soit négligée. La vulnérabilité accrue associée aux périodes post-conflit se ressent du fait de modifications dans l'environnement qui suivent la fin des combats et de perturbations dans l'appui institutionnel concernant les services de santé et l'aide humanitaire qui accompagnent le passage d'une situation d'urgence à un cadre d'assistance au développement (facteurs qui opèrent différemment selon les circonstances). Les rapports entre les sexes sont cruciaux pour la constitution d'une identité sociale dans une situation post-conflit, et - comme ailleurs, sont fondés sur des schémas patriarcaux et modèles d'exclusion antérieurs au conflit (Seckinelgin, Bigirumwami & Morris, 2008). Alors que les nombreuses vulnérabilités qui se font jour pendant le conflit peuvent persister dans la période post-conflit.

Ces conclusions ne peuvent être interprétées qu'à la lumière d'autres recherches qui vont dans le même sens. Par exemple, c'est la rencontre de sources de stress multiples - dont le VIH, qui se conjugent et entraînent une crise sociale dans les communautés affectées (de Waal et al., 2004). La résilience d'une communauté affectée est étroitement associée au nombre et à la nature des chocs subis et à l'étendue des réseaux d'appui communautaire. L'effet cumulatif de conflits prolongés peut entraîner des résultats dissemblables. Dans certaines circonstances, la destruction des filets de sécurité et des mécanismes de soutien communautaire est susceptible d'entraîner une beaucoup plus grande vulnérabilité à la fois au VIH et à ses conséquences. Dans d'autres cas, le conflit crée de nouveaux réseaux plus forts d'entraide qui sont à même d'en atténuer l'impact.

Un deuxième point important dans l'évaluation des facteurs de risque pendant la période qui suit un conflit est l'accumulation des expériences vécues au sein de structures sociales et familiales changeantes et ce qui semble être des taux croissants de violence sexuelle et sexospécifique. Sans oublier que la continuité de l'accès aux services et au traitement dans le contexte des camps et dans les situations post-conflit, est un défi important et peu exploré.

#### **4.3.1 Comblent les lacunes des services de santé**

Une des questions clés qui émergent des études réalisées par l'ASCI et qui est commune à tous les thèmes, est l'importance de la continuité des services de santé pendant une crise et une transition et l'ininteruption de l'accès aux soins des différents groupes. Les services de santé sont rarement adéquats dans le cas des réfugiés et des personnes déplacées, bien que dans les pays les plus pauvres, ils puissent être de meilleure qualité que ceux dont la population disposait auparavant, mais, plus grave, ils peuvent cesser dans la transition post-conflit. Dans le cadre des programmes de recherche de l'ASCI, le Centre international pour la migration, la santé et le développement (CIMSD) a

**Figure 4.4**

**Femmes attendant devant un établissement de soins au Sud-Soudan**



Crédit : Pamela Delargy & Priya Marwah/UNFPA

mis sur pied des groupes de discussions dans quatre situations post-conflits (Carballo, 2009). Ces débats ont mis en lumière la façon dont les périodes de transition peuvent offrir l'occasion d'une plus grande implication dans les questions de santé, y compris le VIH/sida, mais ont également révélé que ces occasions sont communément manquées faute d'une participation des donateurs, d'une stratégie gouvernementale ou à cause d'une mauvaise gestion des ressources. Le manque d'informations pertinentes peut aussi expliquer les hésitations à utiliser des services qui sont cependant disponibles. Un cas en Ouganda révèle que certains hommes croyaient fermement que le mode principal de transmission se faisait au centre de santé à travers les transfusions sanguines. Ces hommes considéraient que le fait de se tenir à distance du centre « à tout prix » suffisait à contenir l'épidémie du VIH (Banque mondiale, 2005, p. 87). Comme le soulignent Samuels, Harvey & Bergmann (2008), de nombreuses leçons ont été tirées sur la manière de maintenir les services de santé avec un minimum d'interruption au cours des situations d'urgence. Même si plus de ressources ont été affectées aux opérations de secours, la

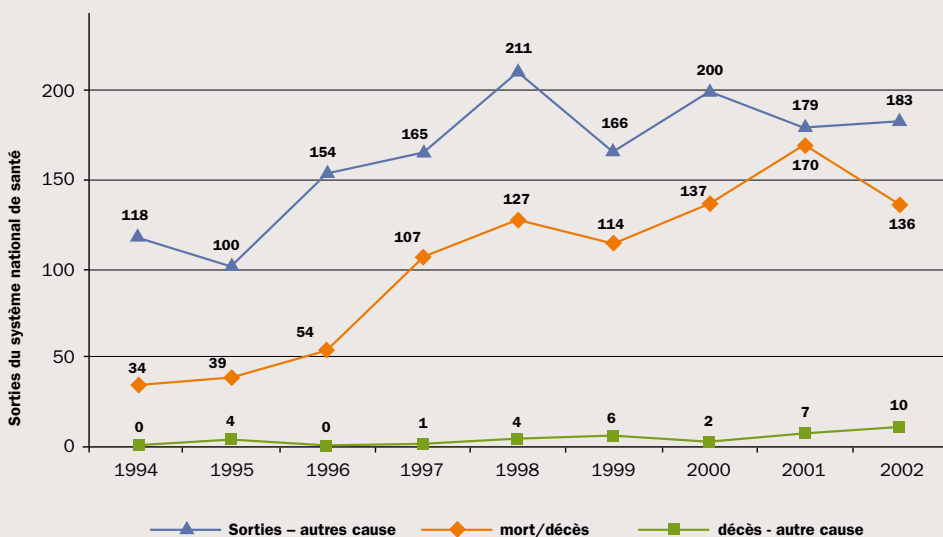
santé en matière de procréation et les activités liées au VIH dans les périodes de reconstruction ne se sont pas développées dans la même proportion. Elles restent des occasions importantes pour la programmation et l'élaboration des politiques.

La négligence et l'absence d'accès aux ressources de santé relevées par les groupes de discussion, révèlent le manque généralisé de services dans les pays pauvres, fragiles, en conflit et en situation post-conflit. Disposant au départ de peu de fonds et de ressources, les systèmes de soins de ces pays ont vu le nombre de leurs patients augmenter au moment même où leur capacité à faire face diminuait. Dans certains contextes, la peur du VIH conjuguée à une mortalité élevée parmi le personnel soignant et les charges de travail excessives et mal payées ont entraîné une usure précoce du personnel restant. L'émigration du personnel soignant peut avoir un effet dévastateur sur les indicateurs généraux de santé, y compris pour le VIH/sida. Ces pertes peuvent être considérables : avant que la guerre civile n'éclate en 1989, le Libéria avait 250 docteurs qualifiés et agréés mais aujourd'hui 50 docteurs seulement soignent 3,5 millions d'habitants. Selon les statistiques gouvernementales beaucoup d'entre eux sont partis travailler à l'étranger.

L'effondrement des systèmes de santé dans certains pays frappés par les conflits signifie que des structures qui en temps ordinaire auraient pu fournir des services de prévention, de traitement et de soins, se voient dans l'impossibilité ne serait-ce que de maintenir des services de base comme, par exemple, la distribution des préservatifs, et n'ont pu de toute évidence développer de véritables services de traitement ARV et de proximité (Carballo, 2009). Au Libéria, l'accès aux services de soins et de prévention du VIH était meilleur dans les camps que dans les lieux de retour, comme les villages.

En outre, la perte de personnel hautement formé et qualifié au niveau gouvernemental peut avoir des conséquences à long terme sur le fonctionnement des institutions complexes et peut influencer sur la façon dont le public perçoit les institutions gouvernementales et ceux qui y travaillent. L'étude de Høg (2008) réalisée au Mozambique offre un exemple intéressant sur la façon dont la prestation des services de santé publique peut être comprise dans le cadre de légitimation d'un État, ce qui implique que l'échec à fournir des services de santé essentiels, y compris en matière de traitement du VIH, peut avoir des répercussions négatives sur la confiance que les citoyens accordent à l'État.

L'étude réalisée par Smith (2008) chez les Papous d'Indonésie offre une différente perspective sur l'importance d'assurer la continuité des prestations de santé, et le danger associé à une perturbation dans la gouvernance. L'étude porte sur le développement de la gouvernance locale depuis la période coloniale hollandaise jusqu'à l'époque actuelle en passant par l'ère du Nouvel ordre. Smith remarque des inégalités fondamentales entre les régions et entre les groupes indigènes et les immigrants, et note que des schémas d'exclusion et de pauvreté extrême persistent jusqu'à nos jours dus à des dépenses gouver-

**Figure 4.5****Sorties du système de santé national du Mozambique 1994-2002**

Source: Høg (2008)

nementales inéquitables. Ces schémas tendent à se retrouver sauf quelques variations dans les schémas de prévalence du VIH et cela indique que des environnements à haut risque ont été créés où la prévalence est au dessus de la moyenne ou s'accroît. Des réformes gouvernementales et électorales locales récentes sont peut-être responsables de l'exacerbation des problèmes des services publics, en partie parce qu'elles délèguent la responsabilité des programmes de lutte contre le sida aux autorités locales qui font face à de nombreuses autres dépenses prioritaires. Bien que des fonds supplémentaires aient été débloqués à niveau national, il arrive que les dépenses locales liées au VIH déclinent. L'étude montre comment la structure du gouvernement local, et surtout les réformes apportées au système d'administration locale sont susceptible d'influer sur la trajectoire de l'épidémie dans cette province.

**4.3.2 Conséquences psychosociales : schémas distinctifs selon les sexes**

En 1999, Paul Richards rapporte que les jeunes combattants de Sierra Leone qui se livraient à l'attaque et au pillage d'un centre médical, obéissaient à l'ordre suivant: « Faites vite, nous sommes tous entrain de mourir du sida », qui pour beaucoup signifiait que le sida poussait à des comportements antisociaux et la perception d'un avenir tronqué. Cependant à l'époque le taux de préva-

lence du VIH en Sierra Leone était d'environ 2%, ce qui n'aurait pu entraîner de crise démographique. Une lecture plus approfondie de ce que dit Richard révèle que le comportement destructeur des combattants renvoyait à d'autres réalités sociales et politiques mais se justifiait par le fait que « de toute façon nous allons tous mourir du sida ». Cette anecdote montre comment l'idée qu'on a du VIH/sida comme d'une catastrophe sans précédent, a nourri l'imaginaire de jeunes gens sensibles aux réalités internationales diffusées par les médias et indique aussi que leurs déclarations doivent être interprétées avec prudence et en contexte.

De semblables regroupements aux chances de vie restreintes et croyances désespérées continuent d'exister aujourd'hui encore en Afrique de l'Ouest. D'anciens combattants du Libéria engagés dans des groupes de discussions avec le CIMSD avaient le sentiment partagé d'une fatalité concernant le VIH. Une expression qu'ils employaient communément était celle de « une balle ou le sida » avec l'implication que s'ils ne mouraient pas de l'une, ils mourraient certainement de l'autre. Ils déclaraient tous qu'ils n'avaient reçu aucun conseil et aucune information formelle concernant le VIH (Carballo, 2009). Le groupe de discussion constatait un haut degré de résignation aux rares opportunités économiques et l'expression d'une volonté d'avoir recours à nouveau à la violence si les choses ne s'amélioraient pas. Il y avait aussi des signes de niveaux élevés d'états de stress post-traumatique (ESPT) et un grand besoin exprimé d'une aide psychologique.

En Bosnie-Herzégovine, d'anciens combattants engagés dans les groupes de discussion avec le CIMSD n'étaient pas bien informés sur le VIH/sida. Ils comprenaient mal comment le sida se transmettait, et de ce fait avait une crainte sans fondement du danger d'infection que représentaient les personnes vivant avec le VIH (Carballo, 2009). Le risque de transmission du VIH au sein de la population générale en Bosnie-Herzégovine est très bas, mais de nombreux soldats démobilisés éprouvaient des craintes excessives. D'anciens soldats étaient frappés par le fait que des réfugiés qui revenaient d'Europe de l'Ouest en savaient beaucoup plus sur le VIH qu'eux-mêmes. Un problème persistant parmi les anciens combattants était le fatalisme exprimé - concernant le VIH, leurs chances de survie pendant la guerre et leurs perspectives d'après guerre.

On en sait beaucoup moins sur les conséquences psychologiques de la guerre sur les femmes et les enfants associés aux forces et groupes armés. Si on y prête attention, c'est généralement dans le cadre de programmes de soutien aux rescapés de la violence sexuelle et sexospécifique. Mais le viol et la violence sexuelle ne sont pas exclusivement le fait des femmes. Alors qu'on en parle moins et qu'on en sait beaucoup moins, le viol des hommes n'est pas rare, et en temps de guerre et de transition post-conflit il peut être une arme même plus puissante pour saper la culture locale et les structures sociales. Il peut prendre différentes formes, parmi elles : le viol avec pénétration, la stérilisation forcée, la nudité publique imposée, la masturbation privée ou publique

forcée, des lésions des parties génitales. On ne sait pas jusqu'à quel point la violence sexuelle contre les hommes dans les conflits est associée au VIH.

Les études menées par les groupes de discussion du CIMSD avec des femmes déplacées rescapées de viol, font état de réactions différentes dans les pays examinés (Carballo, 2009). Au Libéria, le viol était vu comme un acte de guerre sur lequel les femmes avaient un contrôle limité. Il y a peu ou pas de références aux états de stress post-traumatique (ESPT) parmi les rescapées mais les femmes disaient avoir de grands problèmes à vivre une nouvelle relation. En Bosnie-Herzégovine, on se référait beaucoup aux ESPT et à la honte ressentie par les rescapées, confirmés par des données médicales. Comme chez les rescapées du Libéria, elles rapportaient leur problème à vivre une nouvelle relation, et le sentiment qu'elles avaient été abandonnées par la communauté internationale, ainsi que le sentiment qu'on les avait aussi négligées localement après la guerre. Dans la République démocratique du Congo, les femmes exprimaient un haut degré de peur chronique et la conviction que le problème de la violence sexuelle n'était pas terminé. Elles reconnaissaient les dangers d'une infection à VIH à la suite d'un viol et se référaient fréquemment à la perte de leurs moyens d'existence après un viol.

Des entretiens avec des femmes déplacées en Haïti ont révélé qu'elles avaient unanimement le sentiment que leur vie avait été bouleversée et qu'elles se trouvaient encore souvent confrontées à des soldats ou des bandits locaux. Il y avait des allusions fréquentes à des viols collectifs de femmes de tout âge, à des menaces continuelles de mort et d'agression sexuelle, à des enlèvements de femmes, à la honte du viol, aux inquiétudes concernant leur santé au cours des déplacements, le stress et le viol, et aussi l'hypertension, les problèmes respiratoires, les problèmes psychologiques, l'amnésie et les grossesses forcées. La plupart des femmes ne souhaitaient pas retourner dans leur communauté par peur d'être violées, ou à cause du souvenir du viol, ou parce que leur mari les avaient abandonnées à la suite d'un viol. Ces femmes se sentaient négligées, dépourvues de sécurité et de protection, et sans accès aux programmes de prévention du VIH, à l'éducation, aux soins ou à un encadrement pour l'emploi.

Deux des conclusions générales sont importantes. Premièrement, les conséquences socio-psychologiques des conflits pour les hommes, les femmes et les enfants sont énormes et susceptibles de prendre différentes formes. Dans la plupart des cas, l'environnement post-conflit ne dispose pas d'infrastructures appropriées pour faire face aux défis de réintégration physique, depuis l'amputation jusqu'à la fistule traumatique. Ces besoins ne sont pas uniquement d'ordre médical mais englobent l'hébergement spécialisé, le transport, des sources de revenus et la protection sociale. Il importe aussi de rendre un sentiment d'espoir à ces personnes qui ont tant de raisons de désespérer de leur avenir. Deuxièmement selon les configurations, la violence sexuelle et sexospécifique peut affecter un ensemble de facteurs qui dans certaines circonstances sont liées à un risque accru d'infection du VIH.

#### **4.3.3 Le VIH et le désarmement, la démobilisation et la réintégration**

Les forces armées et autres services chargés de la sécurité sont au centre des efforts de réforme entrepris dans de nombreux pays, surtout ceux qui sont en situation post-conflit. Les Nations Unies ont mis au point des directives détaillées à l'intention des programmes de désarmement, démobilisation et réintégration (DDR) définies en tant qu'initiatives « visant à gérer le problème de sécurité qui se pose au moment où les combattants se retrouvent sans source de revenus et sans réseau d'appui pendant la période vitale qui va du conflit à la paix, au relèvement et au développement » (ONU, 2009). Ces directives incluent des politiques en matière de VIH. En outre, le Programme multi-pays de démobilisation et de réintégration a mis au point des directives qui intègrent une programmation concernant le VIH/sida dans les programmes de DDR (MDRP, 2009).

Des initiatives - ou initiatives pilotes, des DDR à niveau de pays sont en place au Soudan, en Côte d'Ivoire, en Sierra Leone, au Libéria et en Colombie avec l'appui des agences suivantes de l'ONU : le FNUAP, l'ONUSIDA, le PNUD, l'UNICEF et le DOMP. Ces initiatives fournissent des conseils volontaires sur le dépistage et VIH (CDV), des services en matière de santé de la procréation, alphabétisation des adultes et occupations professionnelles et tout un éventail de services. En existence depuis peu, beaucoup de ces programmes se trouvent en difficulté faute d'un personnel technique dévoué, de moyens financiers et à cause de leur intégration insuffisante aux initiatives nationales en matière de santé, de VIH et de VSS. Ces programmes sont également entravés par le fait qu'ils sont conçus avec de petits budgets sur de courts délais, partant de l'idée que la responsabilité en matière de VIH/sida incombe aux autres programmes de réhabilitation et développement.

Concevoir des interventions en matière de VIH adaptées à différentes circonstances et différents membres des forces et groupes armés est un défi à relever. Bien qu'en principe les programmes de DDR reconnaissent les risques particuliers et variés auxquels doivent faire face différents sous-groupes, les capacités d'organisation de programmes ciblés font souvent défaut. Les enfants associés aux forces et groupes armés sont souvent sexuellement actifs à un très jeune âge et risquent d'être plus exposés aux violences sexuelles et au VIH. Les combattantes, les femmes enlevées et les femmes à charge sont aussi des catégories à haut risque vu l'étendue de la violence sexuelle et des abus.

Alors que les programmes de DDR et de réforme du secteur de sécurité (RSS) pourraient servir de point de départ idéal pour répondre aux inquiétudes soulevées par le VIH, les faiblesses restent nombreuses au niveau des politiques institutionnelles, de la mise en place des programmes, des ressources, d'une approche axée sur les groupes ayant des besoins particuliers, et d'une approche systématique par sexe (D'Awol, 2008). Plusieurs des travaux de recherches menés à la demande de l'ASCI constatent que les questions relatives au VIH sont largement omises dans les programmes de DDR et SSR. Ces pro-

**Figure 4.6**

**Processus de démobilisation à Ed Damazin**



Crédit: Johann Hattingh/UNMIS

cessus de réforme sont souvent réduits à des formules et bâclés, ne se donnent pas d'objectif précis à part celui d'atteindre des buts un peu arbitraires. Il y a rarement assez de temps et de ressources à consacrer à l'éducation en matière de VIH, de CDV et autres activités connexes. La conséquence est que les hommes et les femmes démobilisés n'ont pas les outils nécessaires à la prévention du VIH et encore moins la possibilité d'éduquer leurs pairs ou de servir de porte-paroles pour les programmes et politiques en matière de VIH. De façon similaire, la restructuration des services de sécurité se poursuit sans tenir compte des multiples besoins personnels, institutionnels et sociaux liés au traitement du VIH qui ont été cités dans ce chapitre. Il s'agit de toute évidence d'une occasion manquée.

Le fait que les interventions en matière de VIH soient négligées représente non seulement une occasion manquée, mais est aussi symptomatique d'une approche des DDR et des RSS qui se concentre sur les symptômes sécuritaires immédiats du VIH plutôt que de se pencher sur les problèmes de l'exclusion sociale, de la vulnérabilité des moyens d'existence et des relations entre les

sexes qui favorisent les vecteurs de l'épidémie. L'étude menée par Seckinelgin, Bigirumwami & Morris (2008) au Burundi post-conflit, explique que le processus de DDR ne s'occupe pas des vulnérabilités et de la déshumanisation des femmes qui viennent de la brousse. Si les processus de DDR n'abordent pas les causes sous-jacentes de la violence, et surtout les violences sexuelles et sexospécifiques, les DDR eux-mêmes risquent de devenir une source potentielle de violence sexuelle et sexospécifique, selon les auteurs (p.66). Une politique appropriée doit aller bien au-delà de l'augmentation des ressources et du temps consacrés aux interventions en matière de sida. Il faudrait que les programmes de DDR et de RSS définissent bien mieux leurs objectifs, et ces objectifs, ainsi que les mécanismes mis en place pour les atteindre, doivent être conçus en tenant compte du VIH/sida.

En principe, les programmes de DDR surtout le cantonnement d'ex-combattants pendant des périodes plus ou moins longues, offrent une occasion unique de les éduquer sur le VIH et sa prévention. Pourtant, des études menées au Libéria, en Bosnie-Herzégovine et en République démocratique du Congo, démontrent que ces initiatives de DDR ont été une occasion manquée concernant le VIH et que beaucoup d'ex-combattants sont retournés à la vie civile munis de peu ou pas d'information nouvelle ou de motivation au sujet de la prévention du VIH (Carballo, 2009). Les plans stratégiques des DDR post-conflits sont conçus comme un exercice ambitieux et généreusement financé pour permettre aux anciens combattants de recevoir une nouvelle formation et les réintégrer à la vie civile avec un sentiment de revalorisation, mais ils finissent souvent comme un exercice hâtif avec des ressources insuffisantes et pour satisfaire des quotas. Ce qui est encore aggravé par le fait d'un nombre très limité d'emplois alternatifs, de fonds insuffisants affectés aux rescapés d'un conflit et des rapports souvent conflictuels qui existent entre ces groupes, y compris ceux qui retournent chez eux.

#### **4.4 Conflit, crises et transitions post-conflit : conclusions**

Une des conclusions importantes auxquelles a abouti l'ASCI est que les risques d'infection à VIH sont exacerbés pendant les périodes de transition entre une crise ou un conflit et les situations post-conflits, et sont en outre un domaine négligé dans les interventions au niveau des politiques et des programmes. Les défis posés par ces transitions sont souvent sous-estimés par les décideurs politiques et les donateurs, dont les modèles proviennent fréquemment d'un contexte propre aux États qui fonctionnent bien. La pratique montre qu'il y a souvent une interruption du financement extérieur à ces moments critiques du processus de paix. Bien que le besoin d'intégrer le VIH aux initiatives post-conflits ait été, en principe, reconnu, et se trouve à l'ordre du jour de la plupart des organisations (Bensmann, 2003), les mesures prises par ces organisations ont été rares et restent souvent mal définies. Les cadres et les pratiques en vigueur au niveau des politiques internationales limitent l'assistance aux pays post-conflits en matière de VIH, car ils ne correspondent pas

toujours aux conditions d'une gouvernance stable qui sont un critère des donateurs pour l'attribution de fonds.

Un autre parti pris des stratégies internationales, est qu'elles se concentrent sur les groupes à risque plutôt que les environnements à risque. Les conclusions des recherches menées par l'ASCI indiquent l'importance des environnements spécifiques multiples et variés dans lesquels se trouvent ces groupes, et en particulier les changements rapides que ces environnements subissent au fur et à mesure que les conflits évoluent ou prennent fin. Au sein de la même catégorie de personnes (par ex. les réfugiés, les jeunes femmes célibataires ou les combattants) le profil de risque peut varier à mesure que les conditions changent. Cela à son tour exige que l'on se concentre sur les facteurs spécifiques qui, pendant les périodes de transition, influent sur le risque d'infection à VIH et peuvent soit l'augmenter soit le diminuer. Ces facteurs variés comprennent : les opérations du maintien de la paix, les programmes de DDR, le retour et la réintégration des réfugiés, l'urbanisation, les investissements dans le commerce et les infrastructures (et l'industrie du sexe qui se développe dans leur sillage), le manque de logement, la corruption, le dysfonctionnement de la chaîne du froid dans les systèmes de distribution, et les établissements de santé primaire ou relatifs à la procréation qui subitement ne se trouvent pas au bon endroit.

Si les décideurs politiques et les planificateurs chargés de la santé n'accordent pas plus d'attention à la période qui caractérise la fin des conflits et le passage à des conditions propices au développement, il est peu probable que la prévention, le diagnostic, et le traitement du VIH (et en fait tout autre maladie transmissible) suscitent le type d'intervention qui sont nécessaires (Chandran et al., 2008). En haut de la liste des priorités doit se trouver une meilleure compréhension de ce qui arrive aux groupes, tels que les femmes déplacées et les ex-combattants, pour qui la fin des hostilités offre soit de l'espoir soit des défis sociaux nouveaux qui ne peuvent être relevés sans une aide extérieure.

Un dernier point concerne le rôle que jouent le gouvernement et les agences extérieures (surtout l'ONU). Le pouvoir des gouvernements et des administrations locales est d'ordinaire érodé au point qu'ils ne peuvent plus faire face aux demandes. En outre, le VIH a rarement fait partie intégrante des projets internationaux qui ont été planifiés et mis en œuvre dans le cadre des efforts de reconstruction post-conflit. Ce qui ne signifie pas que les agences de l'ONU et les organisations non-gouvernementales n'aient pas été conscientes de la nécessité d'agir mais plutôt qu'elles n'ont pas su reconnaître les défis particuliers posés par la prévention, le diagnostic et le traitement du VIH dans le contexte particulier aux transitions post-conflits, un contexte qui impose des exigences nouvelles et fait courir des risques nouveaux aux personnes et leurs environnements, ce qui les rend plus vulnérables aux maladies telles que le VIH.





## 5. Conclusion

---

L'association faite entre sida et conflits pose un défi tant aux intellectuels, qu'aux décideurs politiques et aux praticiens. Campbell (2008) a démontré que la question du VIH et de la sécurité est largement absente des analyses, qu'elles traitent de sécurité ou du VIH. C'est pour remédier à cette négligence que l'ASCI a été mise en place.

Les travaux de recherche menés à la demande de l'ASCI offrent des réponses factuelles à de nombreuses questions qui faisaient débat. La recherche menée par l'ASCI montre que le problème du VIH/sida, des conflits et de la sécurité ne peut pas s'analyser en tant que menace unique et écrasante. Il devrait plutôt être perçu comme un composite de défis spécifiques en matière de politique qui ont des réponses efficaces et accessibles. Dans ses conclusions, l'ASCI démontre qu'un certain nombre d'hypothèses antérieures plus alarmistes, au sujet du rapport qui aurait existé entre la sécurité des États à niveau national et le VIH/sida ne sont pas confirmées par les faits. L'ASCI propose un nouveau calendrier d'action qui mette l'accent sur un niveau intermédiaire situé entre des hypothèses macro analytiques nationales et des approches micro analytiques comportementales et biomédicales. L'ASCI place le risque d'infection à VIH dans le contexte des facteurs socioculturels qui déterminent le comportement individuel et mettent certaines personnes à un niveau de vulnérabilité plus élevé tandis qu'ils en protègent d'autres. L'ASCI met plus particulièrement en lumière la façon dont le risque d'infection au VIH est déterminé par la dynamique de la violence sexuelle, de l'exploitation et du sexe transactionnel ; par le rôle des institutions surtout dans le secteur de la gouvernance et de la sécurité ; et par les relations entre les sexes dans le contexte plus large des familles et des interactions communautaires.

---

*L'égalité entre hommes et femmes doit s'inscrire dans nos gènes et être placée au coeur de chacune de nos actions. Avec l'aide des gouvernements et de la société civile, nous devons dynamiser la riposte mondiale au sida, tout en consacrant notre énergie à faire progresser l'égalité entre hommes et femmes. Ces deux causes sont indéniablement liées.*

Discours de Michel Sidibé, Directeur exécutif du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) à l'occasion de l'ouverture de la 53e session de la Commission de la condition de la femme, Siège des Nations Unies, New York, le 2 mars 2009.

## 5.1 Aperçu général

Les conclusions de l'ASCI offrent de nouvelles perspectives sur l'impact réciproque entre VIH/sida et fragilité des États. Elles remettent en cause beaucoup des suppositions qui informent les cadres existants concernant l'analyse et l'élaboration de politiques en matière de sida, ainsi que les indicateurs utilisés pour mesurer les impacts. En redéfinissant les contours et les failles de ce qui a été jusqu'à présent un débat largement politique, influencé par la spéculation et les préoccupations de politique étrangère autant que par les réalités, l'ASCI a identifié de nouvelles possibilités et stratégies pour la prévention du VIH/sida et la riposte au sein des services en uniforme et des États fragiles pendant les crises humanitaires et les transitions post-conflits.

L'ASCI conteste l'efficacité des approches axées sur le comportement qui échouent à reconnaître la dynamique des rapports de force dans les interactions sociales et sexuelles. À l'autre extrême, l'ASCI révèle les limites des analyses qui voient un rapport direct de cause à effet entre les conflits et la fragilité des États, et l'accélération de l'épidémie de VIH. À mi-chemin entre une responsabilité entièrement individuelle et le macro-déterminisme il y a un éventail complexe de facteurs, contraintes et possibilités. L'ASCI met l'accent sur ces liens intermédiaires qui existent entre les processus macroanalytiques et les réponses comportementales et biomédicales d'une micro-analyse.

Concernant la question des liens multiples et réciproques entre VIH et sécurité, l'ASCI avance une « quatrième vague », une série d'analyses de la pandémie qui soulignent deux facteurs de risque se renforçant mutuellement : les questions sexospécifiques et la violence (Klot & Nguyen, 2009). La première vague d'analyses largement comportementales, mettait l'accent sur des groupes considérés à haut risque, comme les consommateurs de drogues injectables, les homosexuels et les professionnels du sexe. La deuxième vague privilégiait une démarche biomédicale, comprenant des techniques de prévention, des thérapies antirétrovirales, les microbicides et le développement de vaccins. Les théories ultérieures de la troisième vague sur la trajectoire de la pandémie, ont commencé à tenir compte d'un ensemble de facteurs sociaux et structurels tels que la pauvreté, les migrations et les conflits.

L'ASCI a recours à une analyse des conditions spécifiques à chaque sexe pour identifier les rapports de force au sein des échanges sociaux et sexuels qui influent sur le risque de transmission du VIH. Ces dynamiques varient selon différents lieux et différents contextes sociaux - au sein des camps militaires et camps de réfugiés, dans les zones frontalières, et même au sein des familles et des communautés. Le viol des enfants, la violence sexuelle au sein des unités de l'armée, le viol criminel et les rapports sexuels forcés, contraints et « de survie » ne sont que quelques-unes des situations où les victimes n'ont pas vraiment la possibilité de « négocier » des pratiques sexuelles protégées. Responsabiliser dans le domaine de la prévention du VIH ceux qui exercent le moins de contrôle sur leurs circonstances, passe à côté du vrai problème.

C'est précisément ceux qui usent et abusent de leur pouvoir qui doivent modifier leurs comportements et être tenus comptables, que ce soit au sein de la famille, des institutions religieuses, des gouvernements ou des opérations de maintien de la paix. Pour cette raison, les recherches de l'ASCI se concentrent non seulement sur les professionnelles du sexe mais aussi sur les proxénètes, petits amis, clients et trafiquants. Elle examine les normes en vigueur dans les petites unités militaires ainsi que le rôle que jouent les commandants dans l'établissement des principes de conduite et des procédures disciplinaires. Tout comme un officier subalterne est plus susceptible de se comporter selon les ordres de la hiérarchie plutôt que selon ses convictions personnelles sur l'égalité des sexes, une rescapée d'un viol est plus susceptible de chercher traitement et appui si elle jouit de l'acceptation de sa famille et de la communauté plutôt que si elle est pénétrée de sa propre valeur.

Les mesures épidémiologiques existantes sont impropres à saisir les facteurs intermédiaires et les processus que l'ASCI a identifiés comme étant les plus importants. Ne disposant pas d'indicateurs équivalents concernant les facteurs sociaux, politiques et économiques, les décideurs politiques et les chercheurs reformulent leurs questions et cadres analytiques pour ne répondre qu'en termes biomédicaux et épidémiologiques. Bien que l'incidence et la prévalence ne fournissent que peu d'indications sur qui a un niveau de risque élevé et pourquoi, les explications des sciences sociales n'ont pas encore obtenu le même statut que les hypothèses biomédicales. Ce qui ne surprend pas mais n'aide pas non plus. Le VIH a longtemps été considéré comme un problème médical. Mais même si on trouvait un vaccin aujourd'hui, les conséquences politiques économiques et sociales du VIH/sida, continueraient à peser sur des générations. Les avantages immédiats d'un vaccin ne pourraient se faire sentir sans un système de santé adéquat, un pouvoir d'achat et des mécanismes de distribution, une capacité de gestion administrative et financière, des ressources humaines, une infrastructure des transports et la dé-stigmatisation de l'infection. En l'absence d'une approche holistique, la riposte au VIH/sida va continuer de mettre l'accent sur un statut de santé individuel sans aborder les variables sociopolitiques connexes.

L'ASCI ouvre de nouvelles perspectives en offrant de nouveaux moyens de conceptualiser et de mesurer les impacts réciproques entre le VIH/sida, les conflits et la fragilité. Plutôt que de se concentrer exclusivement sur la prévalence dans les rangs de l'armée, l'ASCI propose un ensemble de démarches pour mesurer l'impact du VIH sur les capacités opérationnelles des armées. Au lieu d'évaluer le risque d'infection à VIH au nombre de partenaires, l'ASCI examine le rôle que jouent la force et la coercition entre partenaires, que ce soit entre le père et l'enfant, l'humanitaire et le réfugié, le seigneur de la guerre et l'enfant-soldat.

En résumé, l'ASCI encourage les décideurs politiques et les intellectuels à concentrer leur attention sur un niveau intermédiaire, là où les problèmes sont

considérables mais ont des solutions et où les approches existantes peuvent être revues, de façon à relever le double défi d'améliorer la prévention, les soins et le traitement du VIH dans un contexte difficile et d'atténuer les conséquences plus larges de l'épidémie.

## **5.2 Recommandations en matière de politiques**

S'appuyant sur des recherches, des analyses et des consultations échelonnées sur une période de deux ans auprès de différents collectifs, y compris les militaires, la police, les populations affectées, le personnel des missions du maintien de la paix de l'ONU, les donateurs et les activistes, l'ASCI fait dix recommandations stratégiques. Ces priorités définissent un cadre d'engagement très vaste et des propositions pour une action concrète et immédiate.

### **1 Aligner VIH et violence sexuelle en matière de prévention et riposte**

Il est urgent de reconnaître la violence, et surtout la violence sexuelle en tant que facteur physiologique et social dans les modèles épidémiologiques du risque de transmission et dans les politiques concernant le VIH, l'humanitaire, la santé publique et la sécurité. Il faut instaurer un plus grand débat théorique et un consensus autour de la question de savoir ce qui constitue la violence sexuelle, comment la mesurer et la modéliser, et quel en est le schéma évolutif - avant, pendant et après les conflits. Si on ne tient pas compte explicitement du rôle de la force et de la coercition dans les données qui lient le VIH à des facteurs sociaux et comportementaux, comme par exemple l'initiation sexuelle, le niveau d'expérience sexuelle, la différence d'âge entre partenaires, l'âge au moment du mariage ou même l'utilisation des préservatifs, on ne pourra discerner aucun des impacts potentiellement décisifs sur le risque de transmission. Enfin, la prévention de la violence et du VIH doivent être plus étroitement alignées. Bien que la prévention du VIH soit au premier plan de la riposte pour les rescapés de la violence sexuelle, il reste à placer la prévention de la violence sexuelle au centre des politiques et stratégies concernant le VIH dans les environnements affectés par des conflits.

### **2 Utiliser une approche centralisée du commandement dans la prévention, les soins et le traitement du VIH au sein des personnels en uniforme**

Un nombre croissant d'armées ont enregistré des succès concernant la lutte contre le VIH/sida dans leurs rangs, notamment par l'usage de méthodes intégrées qui mettent l'accent sur les responsabilités du commandement militaire pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques concernant le VIH. L'ASCI recommande qu'une approche centralisée du commandement pour la prévention du VIH et le traitement et les soins du sida, soit adoptée, continue d'être élaborée, et étendue aux personnels en uniforme et missions de la paix des Nations Unies. Ce genre d'approche présente des avantages considérables par rapport aux stratégies médicales et comportementales. Une approche centra-

lisée du commandement exige une évaluation systématique du VIH/sida dans l'institution, la formulation et l'adoption de politiques qui abordent la prévention, le traitement et les soins aux personnels en uniforme et à leur famille. Un élément essentiel de l'approche centralisée du commandement est qu'elle permet de mettre en place des mécanismes de responsabilisation et d'application pour empêcher la violence sexuelle au sein des institutions militaires et assurer la prise en charge des rescapés de viols et de violences sexuelles commises par les membres des forces nationales, régionales et multinationales, qu'elles soient civiles, de police ou militaires. L'Audit institutionnel militaire et le Cadre d'évaluation de la capacité des forces, tel qu'il est ébauché par l'Université de Cranfield pour l'ASCI sont des outils qui s'inscrivent dans cette approche.

Au moment où le traité de Défense commune de l'Union africaine entre en vigueur, et où l'Union renforce ses capacités d'appui aux opérations de la paix, elle est amenée à adopter les meilleures pratiques parmi les armées africaines, y compris certaines composantes de l'approche centralisée du commandement. Il est alors recommandé que les planificateurs militaires se rassemblent pour comparer ces réponses avec les pratiques existantes et continuent de les développer pour pouvoir disposer d'instruments concrets.

L'ASCI recommande que la plupart des éléments des programmes militaires concernant le VIH soient harmonisés avec leurs équivalents civils - dans le but de répartir équitablement la charge et établir des principes communs dans les différents secteurs - tout en maintenant leur spécificité et leur pertinence vis-à-vis des demandes particulières des personnels en uniformes. Dans cette perspective, un appui et une coopération techniques devraient s'étendre au développement de systèmes nationaux d'information et recueils des données au sein des services en uniforme, qui puissent fournir des évaluations plus détaillées sur les schémas d'incidence et de prévalence du VIH selon la région géographique, le statut familial, l'âge, le rang et les activités professionnelles.

### **3 Intégrer la prévention et la riposte au sida au niveau de la conception et du commandement des opérations de maintien de la paix.**

Les stratégies en matière de VIH dans les opérations du maintien de la paix, y compris le dépistage avant et après déploiement, l'admission de personnes séropositives dans les forces vives et les dispositions concernant les établissements médicaux devraient être alignés sur les exigences opérationnelles de la mission et les capacités des pays fournisseurs de contingents (PFC). Quelle que soit la situation, le dépistage doit s'accompagner de conseil et de références à un traitement. Se fondant sur les outils opérationnels d'une approche centralisée du commandement dans la prévention du VIH, l'ASCI propose un troisième outil spécifique aux missions de soutien de la paix : une évaluation du risque sécuritaire du VIH/sida, composante de la mise en place d'une mission de paix, et qui serait effectuée en aval du déploiement ou au moment de

l'arrivée sur place. Cette évaluation incomberait au Département des opérations de maintien de la paix des Nations Unies (DOMP) mais serait coordonnée avec les PFC présents ou potentiels. Cet outil pourrait élaborer les conclusions du Cadre de capacités des forces et de l'Audit militaire institutionnel en tenant compte du mandat opérationnel particulier et de la région. La mission déciderait, par exemple, des mesures à prendre pour assurer la continuité des programmes consacrés au VIH/sida pendant la relève des troupes, s'assurant que les meilleures pratiques sont maintenues.

Il est recommandé également que la notion de tolérance zéro concernant les abus sexuels, à la fois au sein des missions de soutien de la paix et entre les soldats de la paix et les populations hôtes, soit intégrée au calendrier de la prévention structurelle et de l'approche centralisée du commandement. La tolérance zéro ne doit pas servir de prétexte au commandement pour renoncer aux mesures de prévention, telles que la distribution des préservatifs, au nom d'une abstinence totale.

Une troisième recommandation concerne l'alignement des pratiques nationales, régionales et des missions de la paix de l'ONU. L'ultime objectif est que des standards universels relatifs à la prévention, aux soins et au traitement soient appliqués à tous les PFC, conformément à l'objectif mondial d'accès universel. L'objectif intérimaire est d'obtenir un alignement suffisant des politiques et des pratiques pour qu'il soit possible de parvenir à un protocole commun concernant le traitement parmi les différents contingents qui constituent une opération du maintien de la paix. Cela exige la participation du commandement et touche aussi à la question du dépistage obligatoire.

Quatrièmement, l'accès au traitement devrait être étendu aux soldats de la paix, en conformité avec la politique adoptée. Ayant défini un objectif d'accès universel, l'ONU devrait s'assurer que ses propres soldats de la paix en bénéficient et que tous les PFC adoptent les meilleures pratiques concernant le traitement et les soins.

La cinquième recommandation touche à la synergie entre maintien et consolidation de la paix. L'ASCI recommande qu'un plus grand dialogue soit instauré entre les organes et institutions qui ont des mandats complémentaires dans ce domaine, c'est-à-dire le Conseil de Sécurité de l'ONU, la Commission de consolidation de la paix de l'ONU, et le Conseil de paix et sécurité de l'Union Africaine, et autres mécanismes régionaux pour aborder les risques accrus d'infection au VIH/sida dans les périodes de consolidation post-conflits et assurer la continuité de la prévention du VIH pendant les transitions post-conflits, y compris au cours du désarmement, de la démobilisation et de la réintégration.

Le dernier volet de recommandations met directement le VIH/sida au cœur du calendrier pour la paix et la sécurité internationales. L'ASCI recommande que le Conseil de Sécurité de l'ONU et le Conseil de paix et sécurité de l'Union Africaine renforcent leurs ripostes respectives au VIH/sida et que (a) ils appel-

lent à l'établissement d'une approche centralisée du commandement pour le VIH/sida ; (b) soutiennent le renforcement d'une coopération et de réseaux régionaux en faveur de la prévention et de la riposte ; (c) alignent les efforts de prévention du VIH et de la violence sexuelle ; (d) s'assurent que les efforts de prévention et de riposte s'étendent à tout le personnel chargé du maintien de la paix, aussi bien militaire, que civil ou policier.

#### **4 Intégrer la prévention et la riposte au VIH/sida aux programmes de désarmement, démobilisation et réintégration**

Bien que les programmes de désarmement, démobilisation et réintégration (DDR) ne soient pas insensibles au problème du sida, ils ont fait relativement plus de progrès au niveau des politiques qu'au niveau où les résultats comptent c'est-à-dire dans la conception et mise en œuvre des programmes. Pour que les processus de DDR soient efficaces il faut faire plus que restructurer les armées et groupes armés. Ils doivent être conçus comme un processus de reconstruction des communautés.

Les programmes de DDR qui ne sont qu'une partie de la réforme du service sécuritaire (RSS) offrent un point d'entrée crucial dans la prévention, les soins et le traitement du VIH mais n'ont pas encore abordé quelques défis importants. Le premier ayant trait au problème d'éthique inhérent à la pratique répandue qui consiste à offrir des services de conseil et dépistage volontaires (CDV) à des soldats et leurs familles sans appui, soins ou traitement (ST). L'ASCI recommande une nouvelle approche qui intègre tous ces éléments : conseil et dépistage volontaires, soins et traitement. CDV/ST-PLUS. Il incombe aux soldats d'être les premiers à informer de leur statut - avant leurs femmes, petites amies, enfants et autres femmes qui leur sont associés. Mais s'ils n'ont pas eux aussi accès au CDV/ST-PLUS, il est fort probable que les membres de leur famille et les personnes à charge et partenaires ne le feront pas par peur d'être stigmatisés, blâmés, ostracisés, perdre leur statut familial et leurs moyens de survie, y compris leurs possessions, leur héritage et la garde des enfants. En outre, l'ASCI recommande que tous les personnels en uniforme et personnels des missions de la paix, aient accès au CDV/ST-PLUS après le déploiement. De plus, l'ASCI recommande aussi que les politiques contre le sida des armées et de la police soient reflétées dans les régimes de pension et retraite, indemnités de survie et funéraires, les congés exceptionnels, les indemnités pour invalidité et congédiement pour maladie, ainsi que le droit aux prestations pour les enfants nés hors mariage et/ou d'un viol. Conformément aux résolutions du Conseil de Sécurité des Nations Unies 1308, 1325 et 1820, les Nations Unies, la Banque mondiale et les donateurs bilatéraux sont appelés à appuyer les gouvernements nationaux à préciser leurs politiques et mettre en œuvre des programmes plus complets de CDV/ST-PLUS dans le contexte des DDR et RSS.

## **5 Recadrer le débat sur le dépistage**

L'ASCI recommande un dialogue équilibré sur le dépistage obligatoire et le déploiement sélectif des individus séronégatifs dans des missions spécifiques. Le dépistage obligatoire est pratiqué sous différentes formes dans la plupart des armées. La raison en paraît claire aux yeux du commandement mais il se justifie mal dans le contexte des principes qui fondent les droits humains et des politiques relatives au VIH/sida. Les arguments de principe et les arguments pratiques pour ou contre le dépistage obligatoire et le déploiement sélectif doivent être exprimés ouvertement.

En faveur du dépistage se trouve le paradigme du droit humanitaire international qui reconnaît la nécessité des opérations militaires - le fait qu'un commandant soit obligé d'avoir recours à des moyens qui conduiront nécessairement à infliger ou subir des pertes ou des blessures, proportionnellement aux enjeux militaires en cause. En faveur également est l'argument selon lequel un État est habilité à suspendre certaines dispositions concernant les droits humains dans les situations sécuritaires d'urgence nationale. Les arguments d'ordre opérationnel et pratique sont aussi valables, surtout pour les forces armées entravées par un sévère manque de ressources.

Les objections aux tests de dépistage sont formulées en termes de droits humains, et des répercussions négatives du dépistage obligatoire et des pratiques d'exclusion, au regard, par exemple, de la stigmatisation. Certaines armées allient un dépistage strictement volontaire au fait de ne déployer et ne promouvoir que des individus séronégatifs en exigeant un test récent de séronégativité comme précondition à l'avancement. D'autres exigent un bon état de santé général laissant toute discrétion quant à l'emploi des soldats séropositifs. Il faut qu'un vrai débat s'instaure où soient directement confrontées les politiques divergentes militaires et civiles en matière de dépistage du VIH. Les opérations du maintien de la paix doivent participer à ce débat.

## **6 Intégrer prévention et riposte au VIH aux forces chargées du maintien et du respect de l'ordre**

La question du VIH/sida et des services chargés du maintien de l'ordre a été entièrement négligée. Un aspect de la question qui demande considération est celui de l'impact du VIH/sida sur la police et les autres institutions chargées du maintien de l'ordre. Les personnels et institutions chargés du maintien de l'ordre devraient être ciblés dans les interventions relatives au sida. Un autre aspect de la question a trait à la façon dont les pratiques policières, surtout vis-à-vis des groupes et activités stigmatisés et criminalisés, influencent la trajectoire des épidémies nationales et régionales. La réduction des risques associés aux drogues injectables, le contrôle du travail du sexe et la décriminalisation de l'homosexualité sont au centre du débat. Les questions juridiques liées par exemple au droit familial, à l'âge du mariage, à l'héritage, aux droits de propriété et à la citoyenneté doivent aussi être considérées. Les progrès dans le domaine du sida et maintien de l'ordre n'en sont qu'à un stade initial, et un

programme participatif mondial qui permette de progresser ensemble dans la connaissance doit être mis en place.

### **7 Accorder une attention accrue au VIH/sida aux frontières et par rapport aux trafics et au commerce**

Les questions transfrontalières, y compris le trafic des femmes, le trafic des stupéfiants et l'exploitation et les abus sexuels aux postes frontières sont tous liés au risque de transmission du VIH. Le rôle sous-estimé jusqu'à présent de certains groupes chargés de faire respecter les lois et qui sont des noyaux de transmission ou « sustaining population », population de maintien, mérite d'être examiné. Bien que le rôle positif joué par la police réglant l'usage de préservatifs dans les maisons de passe, ait été documenté, restent à mesurer les conséquences imprévues. Parmi celles-ci, la création d'une économie du sexe informelle, une demande accrue de jeunes femmes et de "vierges" et une augmentation des rapports avant le mariage. Une coopération et des échanges bilatéraux ou multilatéraux doivent précéder toute tentative de résolution du problème et les frontières devraient faire l'objet d'efforts particuliers dans la lutte contre le sida. Les liens étroits réciproques entre le trafic international des stupéfiants, les activités liées au trafic sexuel, l'usage de la drogue, et l'émergence des narco-États dans plusieurs parties du monde, demandent une attention particulière.

### **8 Assurer la continuité de la riposte au VIH/sida pendant les transitions post-conflits**

Il existe des lacunes importantes dans les politiques de lutte contre le sida au moment des transitions post-conflits, qui peuvent être à la fois des périodes de risque accru de transmission du VIH et des périodes d'affaiblissement dans les programmations à cause de l'existence d'une discontinuité entre l'assistance d'urgence et les efforts de reconstruction et de développement. Les cadres et les pratiques des politiques internationales limitent l'assistance accordée à la lutte contre le sida dans les pays post-conflits parce qu'ils ne remplissent pas toujours les critères de financement ou les conditions d'une gouvernance stable. Là où les politiques sont mises en place, elles se concentrent surtout sur les groupes à risque plutôt que les environnements à risque. Ce qui les conduit à négliger la possibilité que les profils des groupes à risque puissent varier considérablement selon les contextes.

Des analyses plus pénétrantes sont préconisées qui considèrent un nombre de facteurs sexospécifiques déterminant le risque pendant les transitions. Les liens qui existent entre le redressement psychosocial et le risque d'infection à VIH pendant les périodes de transitions sont parmi les moins explorés. Les effets psychosociaux de la guerre, des conflits, du déplacement, de la torture et de la violence ont des répercussions sur les rapports interpersonnels, sur l'organisation des familles et des ménages et sur les processus de socialisation. Des études conceptuelles ainsi que des études appliquées sont néces-

saïres si on veut mieux comprendre comment les notions de masculinité et féminité sont modelées par les conflits et leurs suites, de façon à concevoir des interventions appropriées pour les hommes et les femmes, les garçons et les filles, qui tiennent compte des vulnérabilités structurelles, et des risques et conséquences liés au sida qui s'ensuivent. Dans ce contexte, le succès des politiques existantes doit être reconnu et soutenu, y compris les meilleures pratiques de riposte pour les réfugiés des camps et les personnes déplacées et le renforcement des prestations des services de santé dans les transitions post-conflits.

### **9 Aborder la question du VIH/sida dans les États fragiles: renforcer les administrations locales, l'organisation des soins par les familles et les communautés.**

Le rapport entre le VIH/sida et la fragilisation des États est hautement complexe et non-linéaire. L'ASCI appelle à une réévaluation des mesures nationales actuelles de fragilité des États pour tenir compte de l'impact du VIH/sida sur les administrations locales, les ressources humaines, les prestations du secteur de santé, et la survie des communautés. Le lourd fardeau des soins - non encore mesuré, qui pèsent sur les familles doit être pris en compte au niveau de la planification macroéconomique et par secteur spécifique ainsi que dans les politiques de l'emploi et de protection sociale. Les recherches de l'ASCI indiquent de quelle façon le VIH/sida expose les institutions des administrations locales à des stressseurs supplémentaires, entravant ainsi une représentation efficace et contribuant à perturber les services. Ces faiblesses à leur tour sapent les efforts faits pour atteindre le but d'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement. L'ASCI apporte aussi des preuves que les réformes des administrations locales peuvent changer le contexte social et économique et modifier les schémas de transmission du VIH. Alors que certaines lacunes ont été comblées grâce aux collectivités locales et partenariats internationaux qui ont joué un rôle important, c'est au gouvernement national qu'incombe en dernière instance, de subvenir aux besoins de ses citoyens et d'assurer que la décentralisation de la gouvernance et des services jouit de l'appui nécessaire.

### **10 Réévaluer les outils de mesure**

Les indicateurs habituels sur les conflits et le sida, sont impropres à saisir les dimensions pertinentes de rupture sociale et traumatismes connexes, surtout l'impact des conflits prolongés, des déplacements et des modifications post-conflits sur les rapports entre les sexes, les structures familiales, les administrations locales et les services sociaux. Il convient en conséquence de raffiner les indicateurs et les approches utilisés pour qu'ils soient plus sensibles à ces dimensions sociales et sexospécifiques. Une conclusion cruciale des recherches menées par l'ASCI concerne l'importance du contexte dans toute évaluation des risques et de la riposte. De nouvelles catégories du comportement doivent être intégrées aux modèles dans le cadre du VIH et de la sécurité pour

expliquer les variations locales de la sexualité et de la violence. De plus, des études sont nécessaires qui ne se contentent pas de mesurer l'impact de l'épidémie sur les données regroupées à niveau national, mais se focalisent sur les impacts à niveau individuel, communautaire et régional.

### **5.3 Un nouveau calendrier d'action**

Ayant réévalué les liens existant entre le sida et la sécurité, l'ASCI propose en grandes lignes cinq mécanismes susceptibles de faire avancer ses principales recommandations. L'ASCI appelle l'ONUSIDA à fournir le leadership en vue d'une mobilisation multilatérale, bilatérale et gouvernementale nécessaire à l'amélioration de la riposte au sida dans les situations de conflit et de fragilisation dans les dix domaines qui viennent d'être précisés. Cinq mécanismes ont été identifiés en vue de canaliser l'aide et la coopération technique.

- 1** Evaluations nationales - Fournir un appui technique et financier aux armées nationales, à la police et aux autres secteurs chargés de la sécurité et aux autorités des administrations locales pour conduire des audits institutionnels et faire une évaluation opérationnelle des risques d'infection à VIH dans le contexte des transitions post-conflits.
- 2** Elaboration des politiques - Fournir un appui technique et financier à l'élaboration des politiques dans les domaines suivants : CDV/ST-PLUS, approche centralisée du commandement dans gestion du VIH/sida, élaboration de codes de conduite, mesures disciplinaires et mécanismes d'application, pratiques concernant l'application des lois, le sida dans les transitions post-conflits et la gestion des administrations locales perturbées par l'épidémie.
- 3** Collaboration régionale - Promouvoir une collaboration entre et parmi les personnels en uniforme dans le but d'harmoniser l'approche au CDV/ST-PLUS, faciliter l'étude des routes du trafic, et appuyer la mobilisation des ressources en matière de VIH.
- 4** Recueil des informations et analyse des données - Revoir et reformuler les modèles épidémiologiques et comportementaux standard sur le risque de transmission du VIH (ainsi que les instruments liés aux enquêtes) dans le but d'y incorporer des facteurs relatifs aux deux sexes, à la violence, aux mouvements de populations, et à l'accès aux services ; soutenir la modélisation macroéconomique et les réformes du secteur de santé qui tiennent compte des coûts et des conséquences d'une charge accrue des soins à donner; revoir les indices de fragilité des États pour que soit reflété l'impact du VIH/sida sur les ressources humaines et la prestation des services ; développer des instruments d'évaluation des risques, à utiliser dans les zones des missions.
- 5** Thèmes émergents - Appuyer des recherches nouvelles et innovantes en matière de politique sur les tendances et priorités émergentes. Des réu-

nions de planification, études de cas, collectes de données, et évaluations des politiques, sont nécessaires pour catalyser les recherches interdisciplinaires et comparatives, et l'élaboration des politiques dans un certain nombre de domaines : maintien de l'ordre, violence sexuelle, facteurs psychosociaux, masculinités, DDR/RSS, décentralisation et trafics.

L'ONUSIDA et ses organismes coparrainants, les ambassadeurs pour le sida et les organisations régionales, surtout l'Unité africaine, sont appelés à assurer la délibération, considération et mise en œuvre des conclusions de l'ASCI dans des forums appropriés. Sont inclus les organismes multilatéraux tels que le Conseil de sécurité des Nations Unies, le Département des opérations de maintien de la paix des Nations Unies, la Commission de consolidation de la paix et la Banque mondiale, ainsi que les fonds et programmes des Nations Unies, à savoir le Fonds des Nations Unies pour la population, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Le Programme des Nations Unies pour le développement, le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme, le Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, l'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation internationale du travail. Sont aussi concernés les organismes régionaux, en particulier ceux qui sont engagés dans des missions de soutien à la paix, telles que l'Union africaine, l'Union européenne, la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest, l'Autorité intergouvernementale pour le développement, l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe, et l'Organisation du traité de l'Atlantique Nord. Les donateurs principaux dans les pays en conflit ou post-conflits, ainsi que ceux qui appuient les efforts de prévention du VIH, y compris l'ONUSIDA, le Fonds mondial, la Banque mondiale, le PEPFAR (US President's Emergency Plan For Aids Relief) et la Fondation Gates devraient prendre en compte ce qu'impliquent les recherches de l'ASCI concernant les critères d'attribution des fonds et s'assurer que des mécanismes financiers existants peuvent être remaniés de façon à appuyer la prévention du VIH et la riposte dans les États fragiles et frappés par les conflits.



## **Annexe**

### **Chercheurs principaux**

#### **Tony Barnett**

Professorial Research Fellow, la London School of Economics LSE, Health, Department of Social Policy, London School of Economics and Political Science and Honorary Professor in the Social Sciences of Infectious Diseases, London School of Hygiene and Tropical Medicine

#### **Manuel Carballo**

Directeur exécutif, Centre international pour la migration, la santé et le développement, Suisse

#### **Gebretsadkan Gebretensae Bayru**

Chief Executive Officer, Center for Policy Research and Dialogue, Ethiopie

#### **Jennifer Klot**

Senior Advisor on VIH/sida, Gender and Security, Social Science Research Council, États-Unis

### **Rapports des recherches commandés par l'ASCI**

- No. 1 The Police and HIV/AIDS: A Literature Review (Hilary Pearce)
- No. 2 Current Trends and Issues in Research on HIV/AIDS and Police Forces in Africa (Alastair Roderick)
- No. 3 HIV/AIDS and the Central American Uniformed Services (Dirk Kruijt & Julio Balconi)
- No. 4 The Impact of HIV/AIDS on the Operational Effectiveness of Military Forces (Robert Kershaw)
- No. 5 The Political Dimensions of Responses to HIV/AIDS in Southeast Asia (Dennis Altman)

- No. 6 Impact of HIV/AIDS on Governance in Manipur and Nagaland (Happy-mon Jacob)
- No. 7 HIV and State Failure: Is HIV a Security Risk? (Tony Barnett & Indranil Dutta)
- No. 8 Russian Demography, Health and the Military: Current and Future Issues (Murray Feschbach)
- No. 9 State Fragility and AIDS in the South Pacific (Michael O'Keefe)
- No. 10 Is HIV/AIDS a Threat to Security in Fragile States? (Azusa Sato)
- No. 11 States of HIV Fragility: Capacity, Vulnerabilities, and Epidemic Evolution in Mozambique (Erling Høgg)
- No. 12 Indigenous Welfare and HIV/AIDS Risks: The Impacts of Government Reform in the Papua Region, Indonesia (Claire Smith)
- No. 13 HIV/AIDS, Conflict and the Gendered Implications of Transition in Burundi (Hakan Seckinelgin, Joseph Bigirumwami & Jill Morris)
- No. 14 "First, What is Harm?" The Political Dilemmas of Humanitarian Aid to Burma (Myanmar) (Ohnmar Khin)
- No. 15 Neither Will nor Capacity: A Review of the Challenges of Responding to AIDS in Fragile States (Jon Weigel)
- No. 16 HIV/AIDS Policies and Programming in DDR and SSR Activities in Southern Sudan: A Post-Conflict Analysis (Anyieth D'Awol)
- No. 17 How Should We Understand Sexual Violence and HIV/AIDS in Conflict Contexts? (Judy El-Bushra)
- No. 18 The Visual Economy of HIV/AIDS as a Security Issue (David Campbell)
- No. 19 HIV, Sexual Violence and Exploitation during Post-Conflict Transitions: The Case of Sierra Leone (Johannes John-Langba)
- No. 20 Comparative Study on Intervention Packages on HIV/AIDS in the Unifomed Services in Africa (Center for Policy Research and Dialogue)
- No. 21 The Conflict-HIV/AIDS Nexus: An Empirical Assessment (Christian Davenport & Cyanne Loyle)

- No. 22 A Survey of HIV/AIDS Awareness and Risky Sexual Behaviour in a Vulnerable Population in Sri Lanka (International Centre for Ethnic Studies)
- No. 23 AIDS and Local Government in South Africa: Examining the Impact of an Epidemic on Ward Councillors (Kondwani Chirambo & Justin Steyn)
- No. 24 HIV/AIDS and Rape: Modelling Predictions of the Increase in Individual Risk of HIV Infection from Forced Sex in Conflict and Post-Conflict Settings (Anna Foss, Rachel von Simson, Cathy Zimmerman, Mazedza Hosain & Charlotte Watts)
- No. 25 Remodelling the Core Group: Factoring Mobility and Power Into Theories of HIV Transmission (Charlotte Watts, Cathy Zimmerman, Anna Foss, Cathy Lowndes & Peter Vickerman)
- No. 26 Revisiting New Variant Famine: The Case of Swaziland (Scott Naysmith)
- No. 27 Post Conflict Transition and HIV Vulnerability (Manuel Carballo)



## Références

- Abebe Y et al. (2003). HIV prevalence in 72 000 urban and rural male army recruits, Ethiopia. *AIDS*, 17 (12).
- Adlington R, Burnett A (2004). Sexually transmitted infections as a consequence of rape. In: Peel M, ed. *Rape as a Method of Torture*. Londres, Medical Foundation for the Care of Victims of Torture: 147-66.
- African Rights (2004). *Broken Bodies, Torn Spirits - Living with Genocide, Rape and HIV/AIDS*. London, African Rights (<http://www.reliefweb.int/rwarchive/rwb.nsf/db900sid/SKAR-649GBU?OpenDocument>).
- Akintola O (2008). Unpaid HIV/AIDS care in southern Africa: Forms, context and implications. *Feminist Economics*, 14(4):117-47.
- Allred KJ (2006). Peacekeepers and prostitutes: How deployed forces fuel the demand for trafficked women and new hope for stopping it. *Armed Forces and Society*, 33(1):5-23.
- Altman D (2007). AIDS: The continuing primacy of the political—seven propositions. *Contemporary Politics*, 13(3):227-41.
- Altman D (2008). *The Political Dimensions of Responses to HIV/AIDS in Southeast Asia*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 5, <http://asci.researchhub.ssrc.org/the-political-dimensions-of-responses-to-hiv-aids-in-southeast-asia/attachment>).
- Ancker S (2007). Security threat in Central Asia? *China and Eurasia Forum Quarterly*, 5(3):33-60.
- Andersson N, Cockcroft A, Shea B (2008). Gender-based violence and HIV: Relevance for HIV prevention in hyperendemic countries of southern Africa. *AIDS*, 22(Suppl. 4):S73-S86.
- Anema A et al. (2008). Widespread rape does not directly appear to increase the overall HIV prevalence in conflict-affected countries: So now what? *Emerging Themes in Epidemiology*, 5(11).
- ASCI (AIDS, Security and Conflict Initiative) (2007). *Global Consultation on the Police and HIV/AIDS, 3-4 September 2007, The Hague*. New York, ASCI (<http://asci.researchhub.ssrc.org/meeting-report-on-global-consultation-on-the-police-and-hiv-aids/attachment>).
- Banque mondiale (2005). *A Social and Gender Assessment of HIV/AIDS among Refugee Populations in the Great Lakes Region of Africa*. Washington, DC, World Bank.

- Banque mondiale (2008). *Establishment of a State- and Peace-Building Fund*. Washington, DC, World Bank ([http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/04/01/000334955\\_20080401075958/Rendered/PDF/431490BRON00PR1580and0IDAR200810056.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/04/01/000334955_20080401075958/Rendered/PDF/431490BRON00PR1580and0IDAR200810056.pdf)).
- Banque mondiale (2009). *International Development Association*. Washington, DC, World Bank (<http://go.worldbank.org/74EDY81YU0>).
- Ba O et al. (2008). HIV/AIDS in African militaries: An ecological analysis. *Medicine, Conflict and Survival*, 24(2):88-100.
- Barahona-Strittmatter A, Luciano D, eds. (2008). *The Multiple Faces of the Intersections between HIV and Violence Against Women*. Washington, DC, Development Connections (<http://www.dvcn.org/Documents/HIVVAW4.pdf>).
- Baranyi S, Powell K (2005). *Fragile States, Gender Equality and Aid Effectiveness: A Review of Donor Perspectives*. Ottawa, North-South Institute.
- Barnett T (2006). A long-wave event: HIV/AIDS, politics, governance and 'security': sundering the intergenerational bond? *International Affairs*, 82(2):297-313.
- Barnett T (2009). *HIV/AIDS and State Fragility*. New York, ASCI (ASCI Synthesis Paper, <http://asci.researchhub.ssrc.org/working-papers/ASCI%20Synthesis%20Paper%20State%20Fragility.pdf>).
- Barnett T, Dutta I (2008). *HIV and State Failure: Is HIV a Security Risk?* New York, ASCI (ASCI Research Report No. 7, <http://asci.researchhub.ssrc.org/hiv-and-state-failure-is-hiv-a-security-risk/attachment>).
- Bayart J, Ellis S, Hibou B (1999). *The Criminalization of the State in Africa*. Oxford, James Currey/International African Institute. Benedict H (2009). The Pentagon's annual report on sexual assault in the military, or, how to lie with statistics. *Huffington Post*, March 20 ([http://www.huffingtonpost.com/helen-benedict/the-pentagons-annual-repo\\_b\\_177563.html](http://www.huffingtonpost.com/helen-benedict/the-pentagons-annual-repo_b_177563.html)).
- Bensmann V (2003). *The Response to HIV in Conflict Situations: A Research Study into Rwanda, Burundi and Eastern-DRC*. Londres, Save the Children-UK (<http://home.tiscali.nl/%7Exp115801/Report22January2003.pdf>).
- Beyrer C et al. (2000). Overland heroin trafficking routes and HIV-1 spread in south and south-east Asia. *AIDS*, 14(1):75-83.
- Bing EG et al. (2008). Evaluation of a prevention intervention to reduce HIV risk among Angolan soldiers. *AIDS and Behavior*, 12(3):384-95.
- Bratt D (2002). Blue condoms: The use of international peacekeepers in the fight against AIDS. *International Peacekeeping*, 9(3):67-86.
- Brigety R, Dewan S (2009). *A National Strategy for Global Development: Protecting America and Our World Through Sustainable Security*. Washington, DC, Center for American Progress.

- Burkhalter H (2004). The politics of AIDS: Engaging conservative activists. *Foreign Affairs*, 83(1):8-14.
- Buse K, Dickinson C, Sidibé M (2008). HIV: Know your epidemic, act on its politics. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101(12):572-73.
- Campbell D (2008). *The Visual Economy of HIV/AIDS as a Security Issue*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 18).
- Carballo M (2009). *Post Conflict Transition and HIV Vulnerability*. New York, ASCI (ASCI Working Paper No. 29, <http://asci.researchhub.ssrc.org/working-papers/ASCI%20Report%2029.pdf>).
- Chandran R et al. (2008). *Recovering from War: Gaps in Early Action*. New York, NYU Center on International Cooperation (<http://www.cic.nyu.edu/peacebuilding/docs/earlyrecoveryfinal.pdf>).
- Chirambo K, Steyn J (2008). *AIDS and Local Government in South Africa: Examining the Impact of an Epidemic on Ward Councillors*. New York, ASCI (ASCI Working Paper No. 25, <http://asci.researchhub.ssrc.org/working-papers/ASCI%20Research%20Paper%2025-IDASA.pdf>).
- Claiming Justice (2009). *What is MST?* (<http://www.claimingjustice.org/page5.aspx>) Last accessed June, 2009.
- Cohen MH, d'Adesky A, Anastos K (2005). Women in Rwanda: Another world is possible. *Journal of the American Medical Association*, 294(5):613-15.
- CPRD (Center for Policy Research and Dialogue) (2008). *Comparative Study on Intervention Packages on HIV/AIDS in the Uniformed Services in Africa*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 20, <http://asci.researchhub.ssrc.org/working-papers/ASCI%20Research%20Paper%2020-CPRD.pdf>).
- CVGA (Commission du VIH/SIDA et de la gouvernance en Afrique) (2008). *Securing Our Future: Report of the Commission on HIV/AIDS and Governance in Africa*. New York, Commission économique pour l'Afrique des Nations Unies. CEA
- Davenport C, Loyle CE (2009). *The Conflict-HIV/AIDS Nexus: An Empirical Assessment*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 21, <http://asci.researchhub.ssrc.org/working-papers/ASCI%20Research%20Paper%2021-Davenport%20and%20Loyle.pdf>).
- D'Awol AM (2008). *HIV/AIDS Policies and Programming in DDR and SSR Activities in Southern Sudan: A Post-Conflict Analysis*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 16, <http://asci.researchhub.ssrc.org/working-papers/Anyieth%20DAwol.pdf>).
- Denov MS (2006). Wartime sexual violence: Assessing a human security response to war-affected girls in Sierra Leone. *Security Dialogue*, 37(3):319-42.
- de Waal A (2006a). *AIDS and Power: Why There Is No Political Crisis — Yet*. Londres, Zed Books.

- de Waal A (2006b). AIDS, hunger and destitution: Theory and evidence for the 'new variant famines' hypothesis in Africa. In: Devereux S, ed. *The New Famines: Why Famines Persist in an Era of Globalization*. Londres, Routledge.
- de Waal A, Whiteside A (2003). 'New variant famine': AIDS and food crisis in southern Africa. *Lancet*, 362:1234-237.
- de Waal A, Tumushabe J, Mamdani M, Kilama B (2004). *Changing Vulnerability to Crisis in Tanzania: Implications for Children and UNICEF Activities*. Dar es Salaam, Report to UNICEF Tanzania.
- Dieng MK (2008). Senegal Armed Forces HIV unit. Paper presented at UN Uniformed Services Task Force Meeting, West Point, NY.
- DOMP (Département des opérations du maintien de la paix) (2004). *HIV Testing Policy for Uniformed Peacekeepers*. New York, Nations Unies, Bureau de l'appui aux missions, (<http://www.un.org/Depts/dpko/medical/pdfs/441dpkohiv.pdf>).
- Donohoe M (2005). Violence against women in the military. *Medscape Ob/Gyn and Women's Health*, 10(2).
- Donovan P (2002). Rape and HIV/AIDS in Rwanda. *Lancet*, 360(Suppl. 1):S17-S18.
- Dunkle KL et al. (2006). Perpetration of partner violence and HIV risk behaviour among young men in the rural Eastern Cape, South Africa. *AIDS*, 20(16):2107-114.
- Elbe S (2002). HIV/AIDS and the changing landscape of war in Africa. *International Security*, 27(2):159-77.
- Elbe S (2003). *Strategic Implications of HIV/AIDS*. Oxford, Oxford University Press/International Institute for Strategic Studies (Adelphi Papers, 359).
- El-Bushra J (2008). *How Should We Understand Sexual Violence and HIV/AIDS in Conflict Contexts?* New York, ASCI (ASCI Research Report No. 17, <http://asci.researchhub.ssrc.org/working-papers/EI%20Bushra.pdf>).
- Englund H (2006). *Prisoners of Freedom: Human Rights and the African Poor*. Berkeley, CA, University of California Press.
- Essien EJ et al. (2007). Influence of educational status and other variables on HIV risk perception among military personnel: A large cohort finding. *Military Medicine*, 172(11):1177-181.
- Feshbach M (2008). *Russian Demography, Health and the Military: Current and Future Issues*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 8, <http://asci.researchhub.ssrc.org/russian-demography-health-and-the-military-current-and-future-issues/attachment>).
- Foss AM, von Simson R, Zimmerman C, Hossain M, Klot J, Watts C. HIV/AIDS and rape: Modelling predictions of the increase in individual risk of HIV infection from forced sex in conflict and post-conflict settings. 18th International Society for Sexually Transmitted Diseases Research, Londres, RU 28 juin - 1 juillet 2009. <http://www.isstdrondon2009.com/>

- Garrett L (2005). *HIV and National Security: Where are the Links?* New York, Council on Foreign Relations.
- Gillespie S (2008). Poverty, food insecurity and the impacts of AIDS in sub-Saharan Africa. *IDS Bulletin*, 39(5):10-18.
- Gillespie S, Kadiyala S (2005). *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action*. Washington, DC, International Food Policy Research Institute (Food Policy Review 7).
- Glenny M (2008). *McMafia: A Journey through the Global Criminal Underworld*. New York, Knopf.
- Grau LW, Jorgensen WA (1997). Beaten by the bugs: The Soviet-Afghan War experience. *Military Review*, 77(6):30-37.
- Gregson S et al. (2002). Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet*, 359(9321):1896-903.
- Hankins CA et al. (2002). Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: Implications for current and future armed conflicts. *AIDS*, 16(17):2245-252.
- Heinecken L (2001). HIV/AIDS, the military and the impact on national and international security. *Society in Transition*, 32(1):120-27.
- Høg E (2008). *States of HIV Fragility: Capacity, Vulnerabilities and Epidemic Evolution in Mozambique*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 11, <http://asci.researchhub.ssrc.org/states-of-hiv-fragility-capacity-vulnerabilities-and-epidemic-evolution-in-mozambique/attachment>).
- ICES (Centre international d'études ethniques) (2009). *A Survey of HIV/AIDS Awareness and Risky Sexual Behaviour in a Vulnerable Population in Sri Lanka*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 22, <http://asci.researchhub.ssrc.org/working-papers/ASCI%20Research%20Paper%2022-ICES.pdf>).
- IFRC (Fédération Internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge) *World disasters Report: Focus on HIV and AIDS*. Genève, IFRC (<http://www.ifrc.org/publicat/wdr2008/index.asp>).
- Initiative conjointe de recherche sur les enfants et le VIH/SIDA (JLICA) (2009). *Home Truths: Facing the Facts on Children, AIDS, and Poverty*. Genève, JLICA.
- Jacob H (2008). *Impact of HIV/AIDS on Governance in Manipur and Nagaland*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 6, <http://asci.researchhub.ssrc.org/working-papers/ASCI%20Research%20Paper%206-Happymon%20Jacob.pdf>).
- Jewkes R (2007). Comprehensive response to rape needed in conflict settings. *Lancet*, 369(9580):2140-141.
- John-Langba J (2008). *HIV, Sexual Violence and Exploitation during Post-Conflict Transitions: The Case of Sierra Leone*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 19, <http://asci.researchhub.ssrc.org/working-papers/ASCI%20Research%20Paper%2019-Johannes%20John%20Langba.pdf>).

- Johnston D (2008). Bias, not error: Assessments of the economic impact of HIV/AIDS using evidence from micro studies in sub-Saharan Africa. *Feminist Economics*, 14(4):87-115.
- Kershaw RJ (2008). *The Impact of HIV/AIDS on the Operational Effectiveness of Military Forces*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 4, <http://asci.researchhub.ssrc.org/working-papers/Kershaw.pdf>).
- Khin O (2008). "First, What is Harm?" *The Political Dilemmas of Humanitarian Aid to Burma (Myanmar)*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 14, <http://asci.researchhub.ssrc.org/working-papers/ASCI%20Paper%2014-Ohnmar%20Khin.pdf>).
- Klot JF, Nguyen V (2009). The fourth wave: Gender, culture and HIV in the 21st century. In: JF Klot, V Nguyen, eds. *The Fourth Wave: Violence, Gender, Culture and HIV in the 21st Century*. New York, UNESCO/SSRC: editors' introduction.
- Kruijt D, Balconi J (2008). *HIV/AIDS and the Central American Uniformed Services*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 3, <http://asci.researchhub.ssrc.org/hiv-aids-and-the-central-american-uniformed-services/attachment>).
- Lom MM (2001). Senegal's recipe for success: Early mobilization and political commitment keep HIV infections low. *Africa Recovery*, 15(1-2).
- Lowicki-Zucca M, Karmin S, Dehne K (2009). HIV among peacekeepers and its likely impact on prevalence on host countries' HIV epidemics. *International Peacekeeping*, 16(3):352-63.
- Lutz C (2004). Living room terrorists: Rates of domestic violence are three to five times higher among military couples than among civilian ones. *Women's Review of Books*, 21(5):17-18
- Mabala R (2008). Adolescent girls' vulnerability to HIV infection in Dar es Salaam: The need to link protection with prevention beyond behaviour change. *IDS Bulletin*, 39(5):45-51.
- Masuku T (2007). *AIDS in the South African Police Service: A Threat to the State?* London, Justice Africa (<http://www.justiceafrica.org/wp-content/uploads/2007/10/policing-south-africa.pdf>).
- McInnes C (2009). Conflict, HIV and AIDS: A new dynamic in warfare? *Global Change, Peace and Security*, 21(1):99-114.
- MDRP (Programme multi-pays de démobilisation et de réintégration) (2009). *Guidelines for Incorporating HIV/AIDS Activities in Demobilization, Reinsertion and Reintegration Programmes for Ex-Combatants*. Washington, DC, MDRP/World Bank ([http://www.mdrp.org/PDFs/NandN\\_06\\_09.pdf](http://www.mdrp.org/PDFs/NandN_06_09.pdf)).
- Meintjes S, Turshen M, Pillay A, eds. (2002). *The Aftermath: Women in Post-Conflict Transformation*. Londres, Zed Books.
- Menon-Johansson AS (2005). Good governance and good health: The role of societal structures in the human immunodeficiency virus pandemic. *BMC International Health and Human Rights*, 5(4).

- Mills EJ, Nachega JB (2006). HIV infection as a weapon of war. *Lancet Infectious Diseases*, 6(12):752-53.
- Mock NB et al. (2004). Conflict and HIV: A framework for risk assessment to prevent HIV in conflict-affected settings in Africa. *Emerging Themes in Epidemiology*, 1(1).
- Mujawayo E, Blewitt MK (1999). Sexual violence against women: Experiences from AVEGA's work in Kigali, Rwanda. Case study presented at Silent Emergency: HIV/AIDS in Conflicts and Disasters seminar, UK NGO AIDS Consortium, Londres, Juin.
- National Aids Control Program (Rwanda) (1998). *1997 Population-Based Serosurvey*. Kigali, Rwanda, Ministère de la Santé.
- Naysmith S, de Waal A, Whiteside A (2009). Revisiting new variant famine: The case of Swaziland. *Food Security*, Online First (<http://www.springerlink.com/content/0442512526643hj2/fulltext.pdf>).
- Nelson, Kathleen (2003). "United Nations Panel Warns of Slow Progress Against HIV/AIDS," *The Lancet*, Volume 362, Issue 9389, Page 1045.
- NIC (United States National Intelligence Council) (2000). *The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States*. Washington, DC, US NIC (NIE 99-17D).
- NIC (United States National Intelligence Council) (2002). *The Next Wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China*. Washington, DC, US NIC (ICA 2002-04D).
- OCDE (2008). 'Service Delivery in Fragile Situations', Paris, OCDE. (<http://www.oecd.org/dataoecd/17/54/40886707.pdf>).
- O'Keefe M (2008). *State Fragility and AIDS in the South Pacific*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 9, <http://asci.researchhub.ssrc.org/state-fragility-and-aids-in-the-south-pacific/attachment>).
- Okulate GT, Jones OBE, Olorunda MB (2008). Condom use and other HIV risk issues among Nigerian soldiers: Challenges for identifying peer educators. *AIDS Care*, 20(8):911-16.
- OIT (Organisation internationale du travail) (2001). *An ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work*. Geneva, ILO ([http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/code/languages/hiv\\_a4\\_e.pdf](http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/code/languages/hiv_a4_e.pdf)).
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (2009). *Frequently Asked Questions About TB and HIV*. Geneva, WHO (<http://www.who.int/tb/hiv/faq/en/>).
- OMS (Organisation mondiale de la santé) Coalition mondiale sur les femmes et le sida (2004). *Intimate Partner Violence and HIV/AIDS*. Geneva, WHO/UNAIDS (Information Bulletin Series, Number 1, <http://www.who.int/hac/techguidance/pht/InfoBulletinIntimatePartnerViolenceFinal.pdf>).
- ONU Comité spécial des opérations de maintien de la paix (2007). *Report of the Special Committee on Peacekeeping Operations and its Working Group*. New York, UN General Assembly (UN A/61/19).

- ONU (Organisation des Nations Unies) (2009). *What is DDR?* New York, Nations Unies (<http://www.unddr.org/whatisddr.php>).
- ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA) (1998). *AIDS and the Military: UNAIDS Point of View*. Geneva, UNAIDS (UNAIDS Best Practice Collection: Point of View, [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv_en.pdf)).
- ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA) (2003). *Uniformed Services Programming Guide: A Guide to HIV/AIDS/STI Programming Options for Uniformed Services*. Geneva, UNAIDS (UNAIDS Series: Engaging Uniformed Services in the Fight against HIV/AIDS, Document 1, [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/jc927-engaginguniseservices-progguide\\_en.pdf?preview=true](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/jc927-engaginguniseservices-progguide_en.pdf?preview=true)).
- ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA) (2004). *HIV/AIDS Prevention and Control: An Experience of the Royal Thai Army in Thailand*. Geneva, UNAIDS (UNAIDS Series: Engaging Uniformed Services in the Fight against HIV/AIDS, Case Study 3, [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/JC890-ThaiArmy\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/JC890-ThaiArmy_en.pdf)).
- ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA) (2008). *UNAIDS Annual Report 2007: Knowing your Epidemic*. Geneva, UNAIDS (UNAIDS/08.21E / JC1535E).
- ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA) (2009). *Joint Action for Results: UNAIDS Outcome Framework 2009-2011*. Geneva, UNAIDS (UNAIDS/09.13E / JC1713E).
- ONUSIDA Coalition mondiale sur les femmes et le sida (2005). *Background: Care, Women and AIDS*. Geneva, UNAIDS ([http://data.unaids.org/GCWA/GCWA\\_BG\\_Care\\_en.pdf](http://data.unaids.org/GCWA/GCWA_BG_Care_en.pdf)).
- ONUSIDA, PWBLF (Prince of Wales Business Leaders Forum), GBC (Global Business Council on HIV and AIDS) (2000). *The Business Response to HIV/AIDS: Impact and Lessons Learned*. Geneva/London, UNAIDS/PWBLF/GBC.
- Parameswaran G (2004). The Cuban response to the AIDS crisis: Human rights violation or just plain effective? *Dialectical Anthropology*, 28(3-4):289-305.
- Patel P, Tripodi P (2007). Peacekeepers, HIV and the role of masculinity in military behaviour. *International Peacekeeping*, 14(5):584-98.
- Paxton NA (2009). *Rapid Politico-Economic Transitions and HIV/AIDS: An Exploratory Analysis*. New York, ASCI/aids2031.
- Pearce H (2007). *The Police and HIV/AIDS: A Literature Review*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 1, <http://asci.researchhub.ssrc.org/the-police-and-hiv-aids-a-literature-review/attachment>).
- Pharoah R (2005). *Not Business as Usual: Public Sector Responses to HIV/AIDS in Southern Africa*. Pretoria, Institute for Security Studies.
- PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement) (1994). *Human Development Report 1994*. New York/Oxford, Oxford University Press.

- PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement) (2009). Sex-trafficked girls have a higher risk to contract STIs and HIV. UNDP Newsroom, 12 August (<http://content.undp.org/go/newsroom/2009/august/sex-trafficked-girls-less-likely-to-be-reached-by-prevention-programmes.en>).
- Poulin M (2007). Sex, money, and premarital partnerships in southern Malawi. *Social Science and Medicine*, 65(11):2383-393.
- Price-Smith AT (2007). Vicious circle—HIV/AIDS, state capacity, and national security: Lessons from Zimbabwe, 1990-2005. *Global Health Governance*, 1(1).
- Rehn E, Sirleaf EJ (2002). *Women, War, Peace: The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and Women's Role in Peacebuilding*. New York, UNIFEM (Progress of the World's Women Series, 1).
- Reproductive Health Matters (2004). Destruction of the vagina in violent rape a war crime in Congo. *Reproductive Health Matters*, 12(23).
- Richards P (1999). Hurry, we are all dying of AIDS: Linking cultural and agro-technological responses to the challenge of living with AIDS in Africa. Paper presented at AIDS, Livelihood, and Social Change in Africa Conference, University of Wageningen, Pays-Bas, 15-16 Avril.
- Roderick A (2007). *Current Trends and Issues in Research on HIV/AIDS and Police Forces in Africa*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 2, <http://asci.researchhub.ssrc.org/current-trends-and-issues-in-research-on-hiv-aids-and-police-forces-in-africa-asci-research-report/attachment>).
- Rupiya M, ed. (2006). *The Enemy Within-Southern African Militaries Quarter-Century Battle with HIV/AIDS*. Pretoria, Institute for Security Studies.
- Samuels F, Harvey P, Bergmann T (2008). *HIV and AIDS in Emergency Situations: Synthesis Report*. Londres, Overseas Development Institute (<http://www.odl.org.uk/resources/download/3276.pdf>).
- Sato A (2008). *Is HIV/AIDS a Threat to Security in Fragile States?* New York, ASCI (ASCI Research Report No. 10, <http://asci.researchhub.ssrc.org/is-hiv-aids-a-threat-to-security-in-fragile-states/attachment>).
- Seckinelgin H, Bigirimwami J, Morris J (2008). *HIV/AIDS, Conflict and the Gendered Implications of Transition in Burundi*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 13, <http://asci.researchhub.ssrc.org/working-papers/No.%2013%20Seckinelgin%20Gender%20Burundi.pdf>).
- Seekings J (2009). Measuring the gendered consequences of AIDS: Household dynamics and poverty in South Africa. In: JF Klot, V Nguyen, eds. *The Fourth Wave: Violence, Gender, Culture and HIV in the 21st Century*. New York, UNESCO/SSRC.
- Select Committee on Intelligence, United States Senate (2002). *Committee Activities Special Report. January 2, 2001 to November 22, 2002*. Washington DC.

- Silverman JG et al. (2008). Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women. *Journal of the American Medical Association*, 300(6):703-10.
- Singer PW (2002). AIDS and international security. *Survival*, 44(1):145-58.
- Smallman-Raynor MR, Cliff AD (1991). Civil war and the spread of AIDS in central Africa. *Epidemiological Infection*, 107(1):69-80.
- Smith CQ (2008). *Indigenous Welfare and HIV/AIDS Risks: The Impacts of Government Reform in the Papua Region, Indonesia*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 12, <http://asci.researchhub.ssrc.org/working-papers/ASCI%20Paper%2012-Claire%20Smith.pdf>).
- Sommers MS et al. (2006). The effects of age and ethnicity on physical injury from rape. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(2):199-207.
- Spiegel PB (2004). HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: Dispelling myths and taking action. *Disasters*, 28(3):322-39.
- Spiegel PB et al. (2007). Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: A systematic review. *Lancet*, 369(9580):2187-195.
- Strand P, Kinney M, Mattes R (2008). Politics and policy outcomes on children affected by HIV/AIDS in Africa. *IDS Bulletin*, 39(5):80-87.
- Stop Rape Now (2009) Non au viol. News. New York, Initiative des Nations Unies contre la violence sexuelle dans les pays en conflit « UN action » (<http://www.stoprapenow.org/news.html>).
- Supervie V, Halima Y, Blower S (2009). Mass rape in conflict-affected countries could substantially increase the incidence of HIV: Implications for prevention and intervention. Paper presented at 6th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Cape Town, South Africa, 19-22 July.
- SVRI (Sexual Violence Research Initiative) (2007). *Sexual Violence and HIV*. Pretoria, SVRI (<http://www.svri.org/hiv.htm>).
- Tasker SA (2008). Hot topics in military HIV policy. HIV policy course of the United States Defense Institute for Medical Operations, San Antonio, Texas.
- Torres MM, Anderson M (2004). *Fragile States: Defining Difficult Environments for Poverty Reduction*. Londres, UK Department for International Development, Poverty Reduction in Difficult Environments Team (PRDE Working Paper 1).
- United States Department of Defense (2004). *Task Force Report on Care for Victims of Sexual Assault*. Washington, DC, United States Department of Defense (<http://www.defenselink.mil/news/May2004/d20040513SATFReport.pdf>).
- United States Department of Veterans Affairs (2009). *Women Veterans Health Care: The Changing Face of Women Veterans*. Washington, DC, United States Department of Veterans Affairs, Office of Public Health and Environmental Hazards (<http://www.publichealth.va.gov/womenshealth/facts.asp>).

- Vogel M (2007). *Socioeconomic Status and HIV: Does Increasing Women's Income Decrease Risk of HIV Acquisition?* Newark, NJ/San Francisco, CA, François-Xavier Bagnoud Center/Center for HIV Information (<http://www.pmtct.com/wchiv?page=tp-02-06>).
- Wade AS et al. (2005). HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal. *AIDS*, 19(18):2133-140.
- Ward H (2008). HIV: The long-term impact of conflict. *Medicine, Conflict and Survival*, 24(2):85-87.
- Watts C, Zimmerman C, Foss A, Hossain M, Vickerman P. Remodelling the core group: factoring mobility and power into theories of HIV transmission. Pre-conference symposium of the 18th International Society for Sexually Transmitted Diseases Research, London, UK. 28 June - 1 July 2009. <http://www.isstdrondon2009.com/>
- Weigel J (2008). *Neither Will nor Capacity: A Review of the Challenges of Responding to AIDS in Fragile States*. New York, ASCI (ASCI Research Report No. 15, <http://asci.researchhub.ssrc.org/working-papers/ASCI%20Paper%2015-Jon%20Weigel.pdf>).
- Weiser SD et al. (2007). Food insufficiency is associated with high-risk sexual behavior among women in Botswana and Swaziland. *PLoS Medicine*, 4(10).
- Westerhaus MJ et al. (2007). Framing HIV prevention discourse to encompass the complexities of war in Northern Uganda. *American Journal of Public Health*, 97(7):1184-186.
- Whiteside A, de Waal A, Gebre-Tensae (2006). AIDS, security and the military in Africa: A sober appraisal. *African Affairs*, 105(419):201-18.
- Whiteside A, Whalley A (2007). *Reviewing 'Emergencies' for Swaziland: Shifting the Paradigm in a New Era*. Mbabane/Durban, South Africa, NERCHA/HEARD.
- Wollants E et al. (1995). Risk factors and patterns of HIV-1 transmission in the El Salvador military during war time. *AIDS*, 9(11):1291-292.
- Yeager R (2000). *AIDS Brief: Military Populations*. Washington, DC/Geneva, USAID/WHO (Sectoral AIDS Briefs Series).
- Zorn C, Iqbal Z (2010). Violent conflict and the spread of HIV/AIDS in Africa. *Journal of Politics*, 71



# Index

## A

- abréviations, 10-12
- abstinence, messages de prévention qui prônent, 51
- Acholi (groupe ethnique), 106
- Afghanistan, criminalisation de, 89
- africanisation, trajectoire de, 30
- Afrique
  - coopération régionale pour la riposte au VIH/sida, 79-80
  - prévalence du VIH en, 33-35
  - violence sexuelle en, 100
- Afrique australe
  - appui aux familles de militaires en, 63-64
  - communautés fragiles et VIH/sida en, 50-51
  - impacts réciproques entre VIH et gouvernance en, 42-44
  - rapport "pervers" entre le VIH et l'insécurité alimentaire en, 92
- Afrique de l'Ouest
  - criminalisation des États, 89
  - trafic des stupéfiants en, 88
- Afrique du Sud
  - déclin du foyer conjugal en, 50-51
  - démocratie dans le contexte du VIH en, 46-49
  - dépistage obligatoire ou volontaire, 70-71
  - forces de police, VIH dans les, 82-83
  - gouvernance locale et sida en, 45-46
  - justification d'élection partielles en, 47
  - conséquences du sida dans les petite villes de, 52-53
  - travailleurs migrants, VIH et, 59
- Afrique sub-saharienne, 40
  - gouvernance locale et sida en, 46
  - impacts réciproques entre VIH et gouvernance en, 42
  - liens multiples et réciproques entre VIH et conflits en, 96-98
  - viol collectif et risque du VIH en, 109-110
  - agences extérieures, transition post-conflit et rôle des, 121
- Akintola, O., 50
- Altman, D., 8, 37, 49
- Amérique Centrale, trafics humains en, 85
- Amérique du Nord, recherches sur la violence sexuelle et sexospécifique et, 111
- Amérique Latine, coopération régionale pour la riposte au VIH/sida en, 79-80
- analyse quantitative, liens multiples et réciproques entre conflits et VIH, 95-98
- Ancker, S., 88
- Andersson, N., 100, 107, 111
- Anema, A., 100-101, 108
- Annan, Kofi, 44, 50
- approche centralisée du commandement (ACC)
  - caractéristiques et avantages, 66-68
  - opérations de soutien à la paix, VIH/sida dans, 75-77
  - politique et planification en matière de lutte contre le VIH/sida dans les services en uniforme, 64-65
  - pour le VIH/sida, 16-17
  - prévention du VIH et traitement et soins du sida et, 65-68, 126-127

- recommandations en matière de politique, 17-18
- secteur sécuritaire et, 55
- approches axées sur le comportement, contestations de, 124-125
- armée, VIH/sida et, 56-60, voir aussi soldats
  - approche centralisée du commandement, 16
  - appui aux familles de militaires, 62-63
  - controverse sur le dépistage obligatoire, 69-71
  - harmonisation des politique civiles et militaires, 71-72
  - l'impact opérationnel du sida, 60-62
  - politique et planification en matière de lutte contre le VIH/sida dans les services en uniforme, 64-65
  - prévention du VIH et traitement et soins du sida et, 65-68
  - riposte au sida dans, 57-58
  - traumatismes sexuels militaires et, 62-63
- ASCI, et les conflits, la sécurité, voir l'Initiative sur le sida
- Asie Centrale, trafic des stupéfiants et, 88
- Asie du Sud-Est
  - communautés fragiles et VIH/sida en, 50-51
  - criminalisation des États, 89
  - prévalence du VIH/sida en, 49
  - trafic des stupéfiants et, 88
- Association internationale de développement (IDA), 41
- audit militaire institutionnel, 17-18, 66

## **B**

- Balconi, J., 57, 60, 83, 85
- Banque mondiale
  - mesures de la fragilité des états, 40-42
  - recherche sur la violence sexuelle, 106-107
- Barnett, T., 23, 26, 38, 40, 44, 51, 53-54
- Bergmann, T., 32, 92, 113
- Bigirumwami, J., 51, 95, 100, 120, 122
- Bing, E. G., 64
- bisexuels, 45-46
- blessure obtenue au combat, viols considérées comme, 103-104
- Blower, S., 109
- Bosnie-Herzégovine
  - conséquences psychosociales en, 116
  - désarmement, démobilisation et réintégration en, 120
  - soldats de la paix en, crime organisé et, 84
- Botswana
  - controverse sur le dépistage obligatoire, 69-71
  - démocratie dans le contexte du VIH en, 46-49
- brassage hétérogène, risque du VIH et, 93
- Brookings Institution, Centre pour le développement global du, 42
- Burundi
  - désarmement, démobilisation et réintégration en, 120
  - intensité du conflit et VIH en, 95

## **C**

- Cadre de capacité des forces, 17-18
  - armée, VIH/sida et, approche centralisée de commandement pour, 65-68
- cadres des politiques internationales, transition de post-conflit et l'assistance aux, 121
- cadres pour sécurité, recommandations politiques et, 35-36
- calendrier d'action pour le VIH/sida, 133
- Cambodge
  - démocratie dans le contexte du VIH en, 46-47
  - trafics humains au, 84-85
- Campbell, D., 32, 123
- capacité des États, 29

"triple menace" de HIV/sida et, 44, 50  
 capacités opérationnelles d'une armée, 16  
 capital humain, impact opérationnel du VIH et, 60-62  
 Caraïbes  
     coopération régionale pour la riposte, 79-80  
     trafic des stupéfiants en, 88  
 catastrophes naturelles, transmission du VIH et, 93  
 Center for Conflict Resolution, 63-64  
 Centre d'études ethniques, 65  
 Centre international sur la migration, la santé et le développement (CIMSD), 112-116  
 Centre pour la gestion du secteur de sécurité de l'Université de Cranfield, 60-61  
 Charte africaine sur les droits de l'homme et des peuples, 104  
 Chine, sécurité internationale et, 30  
 Chirambo, S., 46  
 Cockcroft, A., 100, 107, 111  
 cohésion sociale, impact du HIV/sida sur la, 51  
 collaboration régionale pour le VIH/sida, 133  
 collectivités locales, sida et, 45-46  
 Colombie, désarmement, démobilisation et réintégration en, 118  
 commerce, attention accrue aux frontières au VIH/sida et, 131  
 Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, 104  
 Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC), coopération régionale pour la riposte  
     au VIH/sida, 80  
 Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (ECOMOG), 108  
 communautés fragiles  
     dans les transitions post-conflit, 112-120  
     VIH/sida et, 50-51  
 communication pour le changement de comportement (CCC), 64-65  
     opérations de soutien à la paix, VIH/sida et, 77  
 compagnies privées, VIH/sida dans, 72-74  
 conflits, VIH/sida et, 30  
     conclusions, 120-121  
     intensité et comportement des combattants et, 93, 95  
     liens multiples et réciproques entre, 95-98  
     test de l'hypothèse de, 96-98  
     trafic sexuel et, 86-88  
 conseil, partie de, taux de VIH chez soldats et, 60  
 Conseil de paix et de sécurité (CPS) de l'Union africaine, 18  
 conseil volontaire, 18-19  
     conseil et dépistage volontaire (CDV), 19, 73-74  
     conseil volontaire-soins et traitement plus (CDV/ST-PLUS), 19  
 coopération régionale pour la riposte au VIH/sida, opérations de maintien de la paix, contexte  
     des, 79-80  
 COPRECOS-LAC, 79-80  
 corruption, prévalence du VIH et, 38-39  
 Côte d'Ivoire, désarmement, démobilisation et réintégration en, 118  
 couverture photographique, représentation du VIH/sida dans, 33  
 crime organisé  
     forces de l'ordre et VIH/sida et, 84-88  
     soldats de la paix en Bosnie et Herzégovine et, 84  
 criminalisation des États, 89  
 crises humanitaires, 36  
     renforcement mutuel entre le VIH et, 92-99  
 croissance économique rapide, prévalence du VIH et, 94  
 Cuba, prévalence du VIH/sida en, 48

## **D**

Davenport, C., 95-98  
 D'Awol, A. M., 51, 72-74, 107-108, 118  
 Dehne, S., 59, 75, 97

démocratie, contexte du VIH/sida et, 46-49  
déli, taux de VIH chez soldats et, 58-59  
Denov, M. S., 108  
Département des opérations de maintien de la paix (DOMP) (Nations Unies), 69-71  
dépistage, du VIH, 18-19  
    controversé sur le dépistage obligatoire, 69-71  
    désarmement, démobilisation et réintégration, 118-120  
    politique de l'armée des États-Unis concernant, 61, 89-90  
    recadrer le débat pour, 130  
    recommandations politiques, 18-19  
déplacés internes (PDI), violence sexuelles et, 105-107  
désarmement, démobilisation et réintégration (DDR)  
    autres services en uniforme et, 72-74  
    forces de police, VIH dans les, 83  
    intégration de la prévention et la riposte au VIH/sida, 129  
    prévention et la riposte au VIH/sida et, 17-18, 72-74  
    recommandations politiques, 18-19  
    secteur sécuritaire et, 55  
    transition post-conflit et, 118-120  
    violence sexuelle, actions, 81  
De Waal, A., 23, 38, 48, 50, 99, 112  
discrimination, attitudes sociales envers le VIH/sida, 46  
Donohoe, M., 63-64  
Donovan, P., 104  
drogues injectables, transmission du VIH et, 88-89  
"droits de tirage" pour les policiers, trafic sexuel et, 85  
droits politiques, prévalence du VIH et, 38-39  
Dutta, I., 38

## **E**

échange des seringues, prévention de VIH/sida et, 84, 88-89  
Ed Damazin, processus de DDR à, 73-74  
Elbe, S., 26, 57-58, 93, 101, 105  
El-Bushra, J., 34-35, 104-105  
enfants  
    abus sexuels contre, prévalence du VIH et, 100  
    conséquences psychosociales dans les transitions post-conflit, 116-117  
    prévention et la riposte au VIH/sida chez, 17  
    risque du VIH chez, 105-107  
    vendus, 51  
enquêtes de connaissance, attitude, comportement et pratique (KABP), 64-65  
environnements à risque, transition post-conflit et, 121  
état de stress post-traumatique (ESPT)  
    les transitions post-conflit et, 116-117  
    VIH/sida en militaires, 64  
États, criminalisation des, 89  
États fragiles, VIH/sida et, 28-33, 37-54  
    classement des pays selon la prévalence du VIH, 42-43  
    conclusions de, 53-54  
    dimension sexospécifique et le risque lié au VIH, 51-53  
    études sur les, 38-42  
    indicateurs concernant, 16  
    recommandations politiques pour, 20-21  
    renforcement des administrations locales, organisation des soins par les familles et communautés, 132  
États-Unis  
    dépistage obligatoire et, 70-71  
    politique de l'armée concernant le VIH, 61  
    Programme de prévention du VIH/sida du Département de la défense, 80  
    routes de transit des drogues comme Panama et, 89

sécurité internationale et, 29-30  
traumatismes sexuels militaires, recherche de, 61  
Ethiopie, 30  
  approche centralisée de commandement en, 67-68  
  controverse sur le dépistage obligatoire, 69-71  
Évaluation politique et institutionnelle d'un pays (CPIA), 40-42  
évaluations nationales, calendrier d'action pour, 133  
exploitation et les abus sexuels, 20

## **F**

familles de militaires  
  appui aux, 63-64  
  VIH/sida et, 17  
famine  
  nouvelle variante de la famine (NVF), 99  
  transmission du VIH et, 93  
Fédération de Russie  
  impacts réciproques entre VIH et gouvernance en, 44-45  
  sécurité internationale et, 30  
  taux de VIH chez les soldats en, 57  
femmes  
  conséquences psychosociales dans les transitions post-conflit, 116-117  
  femmes battues, augmentation de, 106  
  impact de ces pressions du HIV/sida sur, 50-51  
  physiologie du VIH chez, 103-104  
  recherches science sociale sur les violences sexuelles et, 104-107  
  soins associés au VIH/sida et, 63-64  
  trafic sexuel et vulnérabilité des, 86-87  
  violence et coercition contre les, modèles et scénarios, 109-110  
  violence sexuelle, prévenir le risque du VIH, 80-81  
  " femmes héritées," 108  
Feshbach, Murray, 44-45  
financières, incidences, l'impact opérationnel du VIH dans les armées et, 61-62  
fistules, viols collectifs et, 103-104  
Fonds des Nations Unies pour la femme (UNIFEM), 81  
Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)  
  coopération régionale pour la riposte au VIH/sida, 79-80  
  forces de police, VIH dans les, 83  
  violence sexuelle, 103  
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 49  
fonds pour la paix (FFP), index des états faillis, 42  
Force de défense nationale d'Afrique du Sud (SANDF), dépistage obligatoire ou volontaire et, 70-71  
forces de police  
  intégration de la prévention et la riposte au, 130-131  
  trafic sexuel et, 84-88  
  VIH dans les, 82-83, 90  
forces irrégulières, VIH/sida en, 72-74  
Foss, A., 109-110  
frontières, attention accrue aux, par rapport aux trafics au commerce, 131

## **G**

Garrett, L., 38  
génocide, liens multiples et réciproques entre VIH et, 96-98, 101-102  
genre, dimension de, VIH/sida et, voir sexospécifique  
Glenny, M., 84  
gouvernance  
  démocratie dans le contexte du VIH, 46-49  
  gouvernance locale, VIH et, 45-46  
  impacts réciproques entre VIH et, 44-45

- transition post-conflit et rôle de, 121
- “groupe noyau,” 20
- trafic sexuel et théories de, 85-88
- guerre civile, prévalence du VIH et, 96-98
- Guinée Bissau, 89

## H

- Haïti, prévalence du VIH/sida en, 49
- Halima, Y., 109
- Hankins, C. A., 59, 106-107
- harcèlement sexuel, traumatismes sexuels militaires, 61-62
- Harvey, P., 26, 32, 113
- hiérarchie, absence d'une forte, taux de VIH chez les soldats et, 58
- hommes, viols et violence sexuelle pour les, 117
- hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), 45-46
  - travailleurs migrants de l'Afrique du Sud et, 59
- hommes sur les sites d'activités liées au sexe, vecteur ignoré de l'infection et, 87-88
- homosexuels, 45-46
  - décriminalisation de, 130-131
  - forces de l'ordre et, 84
  - taux de VIH chez soldats et stigmatisation de, 58-59

## I

- impact opérationnel du VIH, des armées, 60-62
- impacts réciproques entre VIH et gouvernance, 42-45
  - perspectives de l'ASCI et, 125-126
- implication morale, dépistage obligatoire ou volontaire et, 70-71
- inceste
  - dans les camps de réfugiés, 106
  - risque de transmission du VIH et, 100
- Inde
  - impacts réciproques entre VIH et gouvernance en, 44-45
  - sécurité internationale et, 30
  - violences sexuelles en, 104
- indicateurs instantanés, les études de VIH et, 95
- Indonésie, trafics humains en, 84-85
- infection délibérée par le VIH, 104
- infection sexuellement transmise (IST)
  - coopération régionale pour la riposte, 79-80
  - infection délibérée, 104
  - violence sexuelle et, 103-107, 109-111
- infrastructure sanitaire
  - en situation post-conflit, 19-20
  - risque du VIH et, 93
  - santé publique et, 28-29
- Initiative conjointe de recherche sur les enfants et le VIH/sida, 47
- Initiative des Nations Unies contre la violence sexuelle dans les conflits, 81
- Initiative sur le sida, la sécurité et les conflits (ASCI)
  - aperçu du, 124-125
  - concertation et examen critique par les pairs, 25-26
  - conclusions de, 123-134
  - contexte, 23-26
  - introduction, 27-28
  - justification, 24
  - méthodologie, 24-25
  - nouveau calendrier d'action pour le VIH/sida, 133-134
  - pôle de recherche et portail d'information de, 26
  - recommandations en matière de politiques, 126-133
  - résumé des conclusions, 15-17
  - résumé des recommandations en matière de politique, 17-21

insécurité alimentaire, VIH et, voir aussi urgences alimentaires  
HIV/sida et, 44, 50  
risque de VIH et, 92-99  
Institut de développement d'Outremer (ODI), 92  
intégration de la prévention et la riposte au VIH/sida  
aux forces chargées du maintien et respect de l'ordre, 130-131  
aux programmes de désarmement, mobilisation et réintégration, 129  
pour opérations internationales de soutien à la paix, 127-129  
Iqbal, Z., 94-95

## **J**

Jacob, H., 44  
JLICA, communautés fragiles et VIH/sida et, 50  
John-Langba, J., 108  
Johnston, D., 51-52  
Jones, O.B.E., 58  
Justice Africa, projet sur le VIH, 48

## **K**

Karmin, S., 56, 59, 75, 97  
Kenya, controverses sur le dépistage obligatoire, 69-71  
Kershaw, R. J., 60-61, 65-66, 82  
Khin, O., 49  
Kinney, M., 89  
Kruijt, D., 57, 60, 63, 83, 85

## **L**

lésions génitales  
modélisation des, comme facteur de risque du VIH, 108-110  
transmission du VIH et, 103-104  
Lesotho, démocratie dans le contexte du VIH en, 46-49  
Libéria, situations post-conflits  
conséquences psychosociales au, 116-117  
désarmement, démobilisation et réintégration au, 118  
services de santé et, 114  
violence sexuelle au, 107  
libertés individuelles et, 38-39  
lois, l'application des, forces de l'ordre et VIH/sida et, 84  
Lom, M. M., 60  
Lowicki-Zucca, M., 56, 59, 69, 75, 97  
Loyle, C. E., 95-98

## **M**

Mabala, R., 51  
macro environnement, situations d'urgence et VIH dans, 93-95  
maladies sexuellement transmissibles, taux des soldats, 56  
Malawi, forces de police, VIH dans les, 83  
Masuku, T., 82-83  
matériel d'information sur la prévention du sida, au Sénégal, 77  
Mattes, R., 46, 89  
menaces à la sécurité internationale, Voir aussi "triple menace" du sida  
la question du VIH/sida pour, 29-31  
microenvironnement, situations d'urgence et VIH dans, 93-95  
Mills, E. J., 104  
Mock, Nancy, 92  
modèle mathématique, violence sexuelles et risque du VIH, 109-110  
Moldavie, République de, 84  
Morris, J., 51, 95, 100, 112, 120  
mouvement de populations, risque du VIH et, 93  
Mozambique

santé publique en, 114-115  
traitement antirétroviral en, 47  
Myanmar  
forces de police, VIH au, 83  
prévalence du VIH/sida au, 49

## **N**

Nachege, J. B., 104  
Namibie, dépistage obligatoire ou volontaire et, 71  
narco-États, 20, 89, 131  
Nations Unies  
Conseil de Sécurité des, 28-33, 74, 80-81  
controverse sur dépistage obligatoire et, 69-71  
coopération régionale pour la riposte au VIH/sida, 79-80  
opérations de soutien à la paix, 74-75  
politiques concernant le traitement du sida, parmi les soldats de la paix, 78-79  
transition de post-conflit et rôle de, 121  
Naysmith, S., 44, 50  
Nigéria, sécurité internationale et, 30  
nouvelle variante de la famine (NVF), hypothèse de, 99

## **O**

OIT, Recueil de Directives, dépistage obligatoire ou volontaires et, 70-71  
Okulate, G. T., 58  
Olorunda, M. B., 58  
ONUSIDA  
"business response " of, 65-66  
coopération régionale pour la riposte au VIH/sida, 79-80  
fardeau des soins associés au VIH, conclusions du, 50-51  
forces de police, VIH dans les, 83  
recommandation politique pour, 134  
violence sexuelle, action prioritaire pour, 81  
opérations internationales de soutien à la paix  
approches centralisées du commandement et, 75-77  
coopération régionale pour la riposte au VIH/sida, 79-80  
corrélation négative et la prévalence du VIH et, 97-98  
intégration de la prévention et la riposte au sida au niveau de la conception et du commandement, 127-129  
la question du VIH/sida pour, 31-32, 74-81  
politiques concernant le traitement du sida, les soldats de la paix, 78-79, 90  
prévenir la violence sexuelle et le risque du VIH et, 80-81  
ordre, VIH et maintien de force de, 82-89, 90  
forces de police, VIH dans les, 82-83  
intégration de la prévention et la riposte au, 130-131  
les trafics, 84-88  
le trafic des stupéfiants, 88-89  
"policing the epidemics" et, 83-84  
Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 48  
organisation familiale des soins at, 52-53  
organisations paramilitaires, VIH/sida en, 72-74  
Ouganda  
services de santé en, 113-115  
violence sexuelles en, 103-106  
outils de mesure, pour VIH/sida, 21-22  
réévaluer pour, 132-133

## **P**

Pacifique, communautés fragiles et VIH/sida, conclusions du, 50-51  
paix, maintien de la, 28-33  
Panama, routes de transit des drogues et, 89

Papous d'Indonésie, services santé en, 114-115  
 "par acte sexuel," risque du VIH et, 103-104  
 paradigme qui lie santé et faillite de l'État, impacts réciproques entre VIH et gouvernance en, 44-45  
 Parameswaran, G., 48  
 Partners in Health, étude en Haïti, 49  
 Paxton, N. A., 94  
 pays fournisseur de contingents (PFC), opérations de soutien à la paix, VIH/sida et, 69, 75-77  
 Pearce, H., 82-83, 85  
 pénétration anale, risque du VIH et 103-104, 103-104, 109-110  
 pension, fonds de, appui aux familles de militaires et, 63-64  
 personnel hautement formé et qualifié, la part de, 114-115  
 personnels en uniforme  
   négligés, 16-17  
   politique et planification en matière de lutte contre VIH/sida dans, 64-65  
   prévalence du HIV/sida dans, 16  
   prévention du VIH et traitement et les soins de sida et, 126-127  
   taux de VIH chez les, 56-60  
   VIH/sida dans autres services, 72-74  
 Pharoah, R., 83  
 physiologie de la violence sexuelle, 102-104  
 Piot, Peter, 56  
 plans de retraite, appui aux familles de militaires et, 63-64  
 plateau de compétences, VIH/sida et l'armée et, 65-68  
 "policing the epidemic," politique pour, 83-84  
 politiques civiles de VIH/sida, 71-72  
 politiques concernant le traitement du sida  
   élaboration des, 133  
   soldats de la paix, 78-79  
   violence sexuelle et, 111  
 politiques militaires de VIH/sida, 71-72, 89-90  
 population de maintien du VIH, trafic sexuel et, 87-88  
 post-conflits, les transitions  
   autres services en uniforme, VIH/sida et, 72-74  
   combler les lacunes des services de santé, 112-115  
   conclusions de, 120-121  
   conséquences psychosociales, schémas distinctifs selon les sexes, 115-117  
   continuité de la riposte au VIH/sida pendant, 131-132  
   désarmement, démobilisation et la réintégration, 118-120  
   liens multiples et réciproques entre VIH et conflits, 95-98  
   microenvironnements et, 91  
   modélisation de la violence sexuelle comme facteur de risque du VIH, 108-110  
   physiologie de la violence sexuelle et, 102-104  
   politiques et les programmes, implications pour les, 111  
   recommandations politiques, 18-19  
   remise en contexte du risque VIH, 92-99  
   risque du VIH dans, 16, 112-120  
   science sociale des violences sexuelles, 104-107  
   situations d'urgence, VIH et, macro et microenvironnements, 93-95  
   urgences alimentaires, le VIH et, 99  
   violence sexuelle et risque de transmission du VIH, 99-100, 112-120  
 pouvoir, prévention du VIH et exercice du, 124-125  
 Powell, K., 51  
 préservatifs, distribution de  
   approche centralisée du commandement et, 67-68  
   transmission de VIH et, 93  
 pression des pairs, taux de VIH chez soldats et, 58  
 Price-Smith, A. T., 44  
 professionnels du sexe, 16  
   forces de l'ordre et, 84

- mères célibataires, 105-107
- urgences alimentaires et, 99
- profils de risque, situations d'urgence et VIH et, 93-95
- Programme des Nations Unies pour le Développement, 31-32
  - coopération régionale pour la riposte au VIH/sida, 79-80
- Programme multipays de démobilisation et de réintégration, 118-120
- programmes pour le VIH, violence sexuelle et, 111
- prophylaxies post-exposition (PPE), transmission du VIH et, 93
- prostitution
  - enfants contraints à, 51
  - forces de l'ordre et, 84
  - forces de police et, 84-88
- psychosociales, conséquences
  - schémas distinctifs selon les sexes, 115-117
  - violence sexuelles et, 105-107

## Q

“quatrième vague” série d'analyse de la pandémie de VIH, 124-125

## R

- recommandations politiques
  - harmonisation des politiques civiles et militaires, 71-72
- recommandations politiques
  - Initiative sur la sida, la sécurité et les conflits (ASCI), 17-21
- recruter pour les infanteries, préférences de, taux de VIH chez soldats et, 59-60
- recueil des informations et analyse des données, 133
- réforme du secteur sécuritaire (RSS), 72-74
  - désarmement, démobilisation et réintégration et, 118-120
- réfugiés, transmission de VIH et, 93
  - liens multiples et réciproques entre VIH et conflits et, 96-98
  - professionnelles du sexes, 106
  - situations d'urgence et, 93-95
  - violences sexuelles et, 105-107
- République démocratique du Congo
  - désarmement, démobilisation et réintégration en, 120
  - violence sexuelles en, 103, 106-107
- Richards, Paul, 115
- Roderick, A., 82
- Royaume Uni, violence sexuelle, actions contre, 81
- Rwanda
  - liens multiples et réciproques entre conflits et VIH en, 96-98
  - taux du VIH parmi les rescapées de viols en, 101
  - violence sexuelles en, 103-104

## S

- Salvador, soldats au, risque du VIH au, 106
- Samuels, F., 32, 92, 113
- sang testé, transmission du VIH et, 93
- santé publique, 28-29
  - aux émigrants, 84
- Sato, A., 38-39
- science sociale, des violences sexuelles, 104-107
- Seckinelgin, H., 51, 95, 100, 112, 120
- sécrétions vaginales protectrices, physiologie du VIH, 103-104
- secteur sécuritaire, VIH/sida et, 55-68
- sécurisation du VIH/sida, 28-33
  - menaces à la sécurité internationale, 29-31
  - opérations internationales de soutien à la paix, 31
  - sécurité humaine, 31-32
- sécurité, menace du VIH pour, 26-31

Seekings, J., 50  
 Sénégal  
     approche centralisée du commandement au, 67-68, 77  
     taux de VIH chez soldats au, 60  
 services de santé, dans les transitions post-conflit, 112-115  
 sexe  
     rapports sexuels forcés, 17  
     transactionnel, 99-100, 105-107  
 “sexe de protection,” 33-35  
 sexe de survie, 99  
 sexospécifique, dimension, VIH/sida et dimension, 28  
     analyse des conditions spécifiques à chaque sexe, 124-125  
     autres services en uniforme et, 74  
     dimension sexospécifique dans les États fragiles et, 51-53  
     dimensions sexospécifiques du VIH/sida et, 33-35  
 Shea, B., 100, 107, 111  
 Sidibé, Michel, 123  
 Sierra Leone  
     désarmement, démobilisation et réintégration en, 118  
     prévalence du VIH dans la transition post-conflit, 116  
     violence sexuelles en, 108  
 situations d'urgence, VIH et les, 93-95  
 Smith, C.Q., 45, 114  
 soins associés au VIH, 50  
     approche centralisée du commandement dans les armées, 65-68  
     appui aux familles de militaires et, 63-64  
     au sein des personnels en uniforme, 126-127  
     organisation familiale des soins et, 52-53  
 soins d'urgence en matière de procréation, 93  
 soldats, VIH/sida et, voir aussi armée  
     aires de “repos et récréation” à proximité des bases militaires, 106  
     opérations de soutien à la paix, traitement du sida parmi, 75, 78-79  
     soldats de la paix en Bosnie et Herzégovine et crime organisé, 84  
     taux de VIH chez les, 56-60  
 Somalie, viol collectif et risque du VIH en, 109-110  
 Soudan  
     désarmement, démobilisation et réintégration au, 73-74, 118  
     services de santé au, 113-115  
     situations post-conflits, violence sexuelle en, 107-108  
     violence sexuelles et, 105-106  
 Spiegel, Paul, 93  
 Sri Lanka, infection à VIH chez les soldats au, 65  
 Steyn, J., 46-47  
 stigmatisation  
     attitudes sociales envers le VIH/sida, 46  
     intégration de la prévention et la riposte et maintien et respect de l'ordre, 130-131  
     taux de VIH chez soldats et, 58-59  
 Strand, P., 46, 89  
 Supervie, V., 109  
 survie du ménage, transactions sexuelles et, 107  
 Swaziland  
     démocratie dans le contexte du VIH en, 46-49  
     impacts réciproques entre VIH et gouvernance en, 44

**T**

Tanzanie  
     démocratie dans le contexte du VIH en, 46-47  
     prostitution en, 51  
     violences sexuelles en, 104  
 taux de base de fécondation, trafic sexuel et théorie de groupe noyau, 86-88

Tenet, George J., 28  
 tests obligatoires pour VIH, taux de VIH chez soldats et, 60, 89-90, pour VIH, *voir aussi dépistage*  
 Thaïlande  
   coopération régionale pour la riposte au VIH/sida, 79-80  
   trafic humain en, 84-85  
 thèmes émergents pour VIH/sida, 133-134  
 théories épidémiologiques, les trafics, 85-88  
 Torres, M.M., 40  
 tradition, impact de VIH/sida et, 53-54  
 trafic des stupéfiants, transmission du VIH et, 88-89  
 trafic du sexe, 16, 20  
   attention accrue aux frontières, par rapport aux trafics au commerce, 131  
   forces de l'ordre et, 84-88  
 traitement antirétroviral (ARV)  
   appui aux familles de militaires pour, 63-64  
   au sein des personnels en uniforme, 126-127  
   gouvernance faible et, 47  
   pour les rescapées de viols en Rwanda, 101  
   pour les soldats de la paix, 78-79  
 traumatisme sexuel  
   modélisation du, comme facteur de risque du VIH, 108-110  
 traumatismes sexuels militaires, 62-63  
 "triangle doré," 89  
 "triple menace" du sida, 44, 50, 99  
 tuberculose, 38

## U

UNICEF, coopération régionale pour la riposte au VIH/sida, 79-80  
 Union africaine (UA)  
   approche centralisée du commandement au VIH/sida et, 18  
   Conseil de paix et de sécurité de l', 18  
   coopération régionale pour la riposte au VIH/sida, 79-80  
 université de George Mason, 42  
 urgences alimentaires, VIH et, 99, *voir aussi* insécurité alimentaire  
 Uruguay, dépistage obligatoire en, 69

## V

VIH, pandémie du  
   caractéristiques propres de chaque épidémie, 93  
   diversité des formes, 53-54  
   menace à la sécurité internationale et, 29-30  
   "policing the epidemic," politique pour, 83-84  
   "quatrième vague" série d'analyse de la, 124-125  
 VIH, risques de transmission  
   dimension sexospécifique dans les États fragiles, 51-53  
   personnels en uniforme et, 16  
   redressement psycho-social et, 20-21  
   remise en contexte du, 92-99  
   trafic des stupéfiants et, 88-89  
   trafic sexuel et théorie de groupe noyau, 86-88  
   violence sexuelle et, 16-17, 99-110  
 VIH/sida  
   communautés fragiles et, 50-51  
   dimensions sexospécifiques du, 33-35  
   gouvernance locale et, 45-46  
   impacts réciproques entre VIH et gouvernance, 42-45  
   liens multiples et réciproques entre conflits et, 95-98  
   secteur sécuritaire et, 55-68  
 VIH/sida, prévalence du, *voir aussi les pays spécifiques à Cuba*, 48  
   corrélation négative comme les opérations internationales de soutien à la paix, 97-98

- croissance économique rapide et, 94
- démocratie dans le contexte du, 46-49
- libertés individuelles, corruption et droits politiques et, 38-39
- par sexe dans des pays choisis, affectés par les conflits, 35
- personnels en uniforme et, 16
- recherches en science sociale et, 104-107
- situations d'urgence et, 93-95
- VIH/sida, prévention et riposte
  - accès à, 34-35
  - approche centralisée de commandement at, 65-68
- VIH/sida, sécurisation du, 28-33
- violence du partenaire intime, 100
- violence sexuelle, VIH/sida et
  - agression, le viol, et d'autres actes, membres des armées, 61-62
  - capacité des états et, 29
  - contre hommes et garçons, 100
  - dans les zones affectées par les conflits, transmission du sida, 102
  - dimensions du genre et, 33-35
  - modélisation de, comme facteur de risque du VIH, 108-110
  - opérations de maintien et consolidation de la paix, prévention du risque, 80-81
  - physiologie de la, 100, 102-104
  - prévention et riposte, aligner en matière de, 126
  - recommandations politiques, 17-18
  - risques de transmission du VIH et, 16-17, 33-35
  - science sociale de, 104-107
  - sécurité humaine et, 28-33
  - suites à un conflit, risque d'infection à VIH, 107-108
  - transmission du VIH et, 99-101
- violence sexuelle et sexospécifique (VSS) recherches sur les, 111
- viols
  - d'enfants en bas âge, 100
  - modélisation du, comme facteur de risque du VIH, 108-110
  - prévalence du VIH et, 97-98, 100-101
  - recherches en science sociale de, 104-107
  - traumatismes multiples de, 103-104
  - viols collectifs et lésions génitales et, 103-104

W

Ward, H., 57

Z

Zambie, controverse sur le dépistage obligatoire, 69-71

Zimbabwe
 

- controverse sur le dépistage obligatoire, 69-71
- impacts réciproques entre VIH et gouvernance en, 44
- prévalence du VIH/sida en, 48-49

Zorn, C., 94-95





**VIH/sida, Sécurité et Conflits : Nouvelles Réalités, Nouvelles Réponses** propose un nouveau calendrier d'action couvrant les domaines de l'humanitaire, des droits humains, de la santé et du développement. Les résultats obtenus à la suite d'enquêtes menées par l'ASCI sur trois ans, remettent en cause certaines des idées reçues concernant la menace que ferait peser le sida sur la sécurité et la paix. L'ASCI apporte de nouvelles preuves susceptibles d'informer les orientations politiques concernant l'impact du VIH sur 1) la capacité opérationnelle des armées et des services en uniforme; 2) les crises humanitaires et les transitions post-conflits; 3) les Etats fragiles; 4) les femmes et les questions sexospécifiques. L'analyse sexospécifique innovante prônée par l'ASCI met en lumière certaines suppositions fausses qui ont été à la base des approches épidémiologiques et de comportement pour la prévention et la riposte au sida à la fois dans les situations de conflit, et de non-conflit.

L'ASCI est un projet conjoint du Conseil de recherche en sciences sociales (New York) et de l'Institut néerlandais des relations internationales Clingendael (La Haye).

